Nr 1 Kraków, 2 stycznia 1909. Rok XLVIII.

Redakcya: ulica Wielopole 4. Telefon 93.
Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.
Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt ponosi w całości autor. Koszta klisz ponoszą autorowie w połowie.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise. Cena ogłoszeń: 30 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY
TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZ. LEKARZY GALICYJSKICH,
ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODN. W PETERSBURGU,
TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH W KIJOWIE I CHICAGO
ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.
WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., w Paryżu V. de Raczkowski, 14 cité de Trevise; nadto urzędy pocztowe w Austryi, Niemczech i Rosyi.

Przedpłata wynosi: w Austryi rocznie 20 koron, półrocznie 10 kor., kwartalnie 5 koron. — W Król. Polskiem i Ces. Rosyjskiem rocznie 7 rubli, półrocznie 3·50 rb. — W Niemczech rocznie 16 marek, półrocznie 8 marek. — We Francyi rocznie 30 franków, półrocznie 15 fr. — W Ameryce północnej rocznie 4½ dolarów.

Jeden numer osobno kosztuje 50 hal. numer podwójnej objętości 1 kor.

Rok XLVIII. Kraków, dnia 2. stycznia 1909. Nr 1.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki lekarskiej pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

O doświadczalnym przeroście serca.

Napisał

Docent Dr Erwin Mięsowicz,

asystent kliniki.

Badania kliniczno-anatomiczne Romberga (1), Hasenfelda (2) i Hirscha (3) wykazały, że w przebiegu miażdżycy układu naczyniowego człowieka, następuje tylko wówczas przerost serca lewego, jeżeli sprawa chorobowa obejmuje bądź to naczynia trzewne, bądź też tętnicę główną w części piersiowej. Wyniki, uzyskane przez tych autorów, zachęcały do doświadczalnego zbadania tej sprawy, a to tem bardziej, że materyał, na którym oparli oni swe twierdzenie był dość skąpy. Szczególnie zaś chodziło o zbadanie zachowania się mięśnia sercowego w tych przypadkach, w których zmiany sklerotyczne obejmowały albo tylko naczynia trzewne albo też tętnicę główną w części piersiowej.

Z chwilą stwierdzenia, że adrenalina oraz inne ciała podnoszące parcie krwi (digalen, chlorek barowy) mają własność wywoływania zmian »arteryo-nekrotycznych« w układzie tętniczym królika, usadowionych przeważnie w tętnicy głównej i to w części piersiowej, nic nie stało na przeszkodzie zbadaniu doświadczeniem wspomnianej sprawy. — Aczkolwiek bowiem badania anatomo-histologiczne wykazały, że zmiany »miażdżycowe« u królika nie są tożsame co zmiany miażdżycowe napotykane w tętnicy głównej człowieka, to mimo to zmianom w tętnicy głównej królika można było przyznać bez wahania to samo znaczenie co do wpływu na czynność krążenia krwi, jak zmianom sklerotycznym w tętnicy głównej człowieka. Z powodu bowiem zmian »arteryonekrotycznych« w tętnicy głównej królika, powierzchnia tej tętnicy stawała się nierówną, a ściany jej traciły na sprężystości. Wytwarzały się zatem warunki fizyczne analogiczne do warunków, napotykanych w miażdżycy u człowieka.

Już pierwsi badacze zmian w naczyniach powstających u królików po wstrzykiwaniu adrenaliny zwracali uwagę na przerost serca, napotykany u zwierząt, którym środek ten przez czas dłuższy śródżylnie wstrzykiwano. (Josue, Scheidemantel, Erb). Rzętkowski (4) zważył serca u trzech zwierząt, którym przez czas dłuższy adrenalinę wstrzykiwał i stwierdził przerost serca.

W pracy mojej (5) nad zmianami w narządach wewnętrznych królika pod wpływem działania śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny również uwzględniłem i sprawę przerostu serca i starałem się ją wyjaśnić na podstawie materyału statystycznego, posługując się metodą oznaczenia ciężaru serc i ciężaru zwierząt.

W ostatnich czasach Grober (6) opracował tę sprawę i posługując się również ważeniem serc, sposobem Müllera, doszedł do ciekawych wyników.

Doświadczenia moje, ogłoszone przed dwoma laty, przeprowadzałem w dalszym ciągu i rozszerzyłem je oraz utwierdziłem nowymi pomiarami wagowymi. Ponieważ liczby uzyskane przezemnie nieco odmiennie przedstawiają się od innych pomiarów, a przyczyna powstawania przerostu serca pod wpływem działania adrenaliny dotąd nie jest dostatecznie wyjaśnioną, uważam za stosowne zebrane przezemnie wyniki poniżej przedstawić.

Oznaczenie ciężaru odrębnych narządów ustroju może być zużytkowane tylko w razie znajomości ciężaru narządów prawidłowych i to z uwzględnieniem ciężaru całego ciała.

Co do oznaczenia ciężaru mięśnia sercowego w ustroju człowieka za wzorową i rozstrzygającą uchodzi rozprawa Müllera. Prawidła wykonywania pomiarów, w niej przedstawione, muszą być stosowane także do pomiarów serca zwierzęcego.

Do pomiarów moich używałem królików, którym przez czas dłuższy, bo nawet kilkomiesięczny, wstrzykiwałem adrenalinę śródżylnie w dawkach, podanych w przytoczonej tabeli. W tabeli tej zawarte są również objaśnienia co do zmian w tętnicy głównej oraz innych danych mających w tej sprawie znaczenie.

Dla oznaczenia ciężaru serca u królików, odcinałem tętnicę główną i płucną na wysokości zastawek półksiężycowych aorty, żyły przy wejściu do przedsionków; komory i przedsionki szeroko otwierałem, by je szybko (celem zapobiegnięcia wysychania) i dokładnie oczyścić ze skrzepów. Następnie ważyłem serce w całości. Ciężaru pojedynczych odcinków serca, podzielonego sposobem Müllera na sześć części, nie oznaczałem, gdyż po kilku próbach doszedłem do przekonania, że wobec małego ciężaru poszczególnych części serca, oznaczanie takie jest często przyczyną rozmaitych niedokładności. Z jednej strony bowiem, z powodu drobności pojedynczych części nie można było podziału bez zarzutu wykonać, z drugiej strony zaś dłużej

trwające manipulacye były przyczyną wysychania a więc i ubytku na wadze pojedyńczych ścian.

Z porównania jednak serc królików prawidłowych z sercami królików, którym wstrzykiwałem śródżylnie adrenalinę, doszedłem do pewnego przekonania, że zmiany, napotykane w sercach królików, które otrzymywały wstrzykiwania adrenaliny, odnoszą się prawie wyłącznie do komory lewej. Różnica między zachowaniem się komory lewej i prawej była łatwo dostrzegalną dla oka, a nieraz wprost uderzająca.

Następnie musiałem oznaczyć ciężary serc królików prawidłowych.

Oznaczyłem w tym celu ciężary ciała 34 królików prawidłowych i dokładnie zważyłem ich serca. Liczby średnie uzyskane z tych pomiarów, zestawiłem z liczbami podanemi przez Hasenfelda i Romberga, które opierają się na materyale, zebranym z 32 zwierząt. Uzyskane liczby zestawiłem podług ciężaru ciała w następujący sposób:

Tabl. I.

Ciężary serc królików prawidłowych.

Ciężar ciała	Ciężar serca	% w stosunku do ciężaru ciała
1300—1399	3·20	0·24
1400—1499	3·46	0·24
1500—1599	3·50	0·23
1600—1699	4·16	0·25
1700—1799	4·50	0·25
1800—1899	4·60	0·26
1900—1999	4·92	0·22
2000—2099	4·92	0·23
2100—1199	4·80	0·24
2200—2299	5·21	0·23
2300—2399	5·60	0·23
2400—2499	5·65	0·23
2500—3000	9·88	0·37

Z liczb przytoczonych w powyższem zestawieniu wynika, że ciężar serca królika jest ilością bardzo niestałą. Ocenianie jego ciężaru bezwzględnego nie ma żadnej wartości, a dopiero porównanie ciężaru serca prawidłowego z ciężarem serca zwierzęcia użytego do doświadczenia z jednoczesnem uwzględnieniem ciężaru całego ciała może dać w przybliżeniu obraz odpowiadający rzeczywistemu stanowi rzeczy.

Z pomiarów wagowych zwierząt użytych do doświadczeń uzyskałem liczby przedstawione w poniższem zestawieniu. (Tabl. II).

Z porównania liczb przedstawionych w obu przytoczonych tabelach, otrzymujemy poniższe zestawienie. (Tab. III)

Zestawienie poniższe udowadnia w sposób niewątpliwy, że u wszystkich zwierząt, którym wstrzykiwano adrenalinę, nastąpił wyraźny przerost serca i to, jak z powyżej wypowiedzianych uwag wynika, przerost serca lewego. — Przerost ten jest u niektórych zwierząt dość spory i waha się od 0·44 gr. do 2·45 gr. przy ciężarze serca prawidłowego, wahającym się od 4·30 gr. do 11·70 gr.

Stwierdzenie pojawienia się niewątpliwego i bardzo wyraźnego przerostu serca u królików, którym wstrzykiwano śródżylnie adrenalinę, nasuwa następujące pytania: 1) Czy istnieje związek między zmianami anatomicznemi, powstałemi po wstrzykiwaniach adrenaliny w tętnicy głównej królika, a wielkością przerostu serca. 2) Czy istnieje związek między ilością wstrzykiwań adrenaliny i między wielkością poszczególnych wstrzykiwaniach dawek a przerostem serca.

Tabl. II.

L. p.	Ciężar ciała w gr.	Waga serca w gr.	% w stosunku do ciężaru ciała	Określenie zmian w tętnicach	Liczba wstrzykiwań	Wielkość średnia wstrzykiwań	Całkowita ilość wyciągu nadnercza w cm³
1	1320	4·30	0·33	Zmiany nieznaczne	31	0·40	12·60
2	1450	3·90	0·27	W całej tętnicy gł. dość znaczne zmiany	16	0·20	3·40
3	1500	4·70	0·31	W tętnicy głównej piersiowej niewielkie zmiany	12	0·18	2·20
4	1650	5.10	0·32	W całej tętnicy głównej wielkie zmiany	32	0·39	12·60
5	1750	5·30	0·30	Mierne zmiany w głównej tętnicy piersiowej	11	0·16	1·80
6	2050	7·—	0·35	Tętnica główna bez zmian	15	0·18	2·80
7	2150	5·50	0·26	W tętnicy głównej piersiowej i brzusznej nieznaczne zmiany	48	0·47	12·60
8	2250	7·20	0·30	Tętnica główna bez zmian	45	0·40	19·20
9	2250	7·15	0·30	Tętnica główna bez zmian	50	0·30	15·00
10	2300	7·—	0·27	W tętnicy głównej piersiowej i brzusznej zmiany średnie	22	0·33	7·40
11	2350	8·20	0·30	W tętnicy głównej piersiowej i brzusznej małe zmiany	32	0·35	11·30
12	2350	7·90	0·28	W całej tętnicy głównej znaczne zmiany	36	0·35	12·66
13	2500	6·80	0·27	W całej tętnicy głównej znaczne zmiany	122	0·29	35·00
14	2500	6·60	0·26	Tętnica główna w całości bez zmian	63	0·39	24·80
15	2500	8·—	0·32	Znaczne zmiany w całej tętnicy głównej	125	0·10	12·50
16	2500	8·1	0·32	Tętnica główna bez zmian	120	0·10	12·00
17	2690	10·—	0·37	Znaczne zmiany w tętnicy głównej	130	0·15	19·50
18	2700	11·70	0·43	Tętnica główna bez zmian	15	0·20	3·10
19	2700	10·—	0·37	Zmiany w tętnicy głównej nieznaczne	133	0·14	19·50

Tabl. III.

Liczba porządkowa	Ciężar serc przerosłych	Ciężar serc prawidłowych	Różnica
1	4·30	3·20	1·10
2	3·90	3·46	0·44
3	4·70	3·50	1‘20
4	5·10	4·16	0·94
5	5·30	4·50	0·80
6	7·00	4·92	2·08
7	5·50	4·80	0·70
8	7·20	5·21	1·99
9	7·15	5·21	1·94
10	7·00	5·60	1·40

Liczba porządkowa	Ciężar serc przerosłych	Ciężar serc prawidłowych	Różnica
11	8·20	5·60	2·60
12	7·90	5·60	2·30
13	6·80	5·60	1·20
14	6·60	5·65	0·95
15	8·00	5·65	2·35
16	8·10	5·65	2·45
17	10·00	9·88	0·12
18	11·70	9·88	1·82
19	10·00	9·88	0·12

Odpowiedzi na powyższe pytania poszukiwać należy w powyżej przytoczonych zestawieniach. Co do pytania pierwszego, to stwierdzić możemy, że u zwierząt wyliczonych w tabelce II. pod l. p. 6, 8, 9, 14, 16, 18, przerost serca był bardzo wyraźny, a nawet dochodził odsetkowo najwyższych osiągniętych wartości (królik l. p. 18). U wszystkich zwierząt tych tętnica główna nie okazywała żadnych makroskopowo wykazać się dających zmian anatomicznych.

Co się tyczy zwierząt, okazujących znaczne zmiany anatomiczne w zakresie tętnicy głównej (l. p. 2, 4, 12, 13, 15, 17), to i u nich stwierdzamy wyraźny przerost serca, nie przekraczający jednakowoż nigdy liczb, określających przerost serca u królików bez zmian anatomicznych w tętnicy głównej.

Z tego niedwuznacznie wynika, że przerost serca u królików, którym wstrzykiwano śródżylnie adrenalinę, jest niezależny od zmian anatomicznych, powstałych w tętnicy głównej tych zwierząt, — i że przyczyny jego należy poszukiwać w innych czynnikach.

Co do związku pomiędzy ilością wstrzykiwań, a przerostem serca, to (w pewnych granicach) również nie można wykazać wyraźnego związku. Np. królik Nr 5. otrzymał jedenaście wstrzykiwań w odstępach dwudniowych, a przyrost ciężaru serca wynosił już 0·80 gr. Zwierzęta Nr 17 i 19 otrzymały 130 wstrzykiwań, a przerost serca dochodził zaledwie 0·12 gr. Zwierzęta l. p. 15, 16, otrzymały znaczną ilość wstrzykiwań, a przerost serca w tych przypadkach był znowu bardzo wyraźny. Muszą tu zapewne mieć znaczenie jeszcze indywidualne właściwości używanych zwierząt.

Tak samo nie można wykryć stałego i ścisłego stosunku pomiędzy przerostem serca, a wielkością dawki wstrzykiwanej adrenaliny. I to również wykazać można przez porównanie ciężarów serc przerosłych i wielkości jednorazowej dawki wstrzykiwanej adrenaliny. Zwierzę l. p. 7 otrzymywało np. wstrzykiwania adrenaliny w dawkach największych, a przerost serca wynosił 0·70 gr., gdy natomiast u zwierzęcia l. p. 15 lub 16 przy małych dawkach jednorazowych przerost serca był znaczny, gdyż wynosił 2·35 i 2·45 gr.

Z wywodów tych wypływa, że: 1) Nie można wykazać zależności między przerostem serca a zmianami anatomicznemi w tętnicy głównej królika. 2) Wielkość dawki jednorazowo wstrzykiwanej (w ilościach przez nas używanych), nie ma znaczenia w sprawie przerostu serca. 3) Stosunkowo niewielka liczba wstrzykiwań wystarcza już do wywołania wyraźnego przerostu serca.

Nasuwa się zatem pytanie, w czem należy upatrywać przyczyny pojawienia się przerostu serca po śródżylnych wstrzykiwaniach adrenaliny?

Po wyłączeniu wpływu zmian anatomicznych na powstawanie przerostu serca po wstrzykiwaniach adrenaliny, musimy przyczyny tego przerostu poszukiwać w działaniu tej substancyi na czynności układu krążenia.

Wątpliwą rzeczą wydaje się nam, by wzmaganie się, po wstrzyknięciu adrenaliny, pracy serca, zużywane na pokonywanie oporów nagle powstających w krążeniu, po części objawiające się olbrzymiem, bo przeszło dwukrotnie wyżej prawidłowego podnoszącem się parciem krwi, mogło być główną i ważną przyczyną w powstawaniu przerostu serca. Krótkotrwałe bowiem działanie adrenaliny, objawiające się podniesieniem parcia krwi i równoległe z tem zachowanie się sztucznie wywołanych oporów w krążeniu, nie wystarczałoby do wytłómaczenia przerostu serca, stwierdzanego już po względnie nielicznych wstrzykiwaniach.

Przyczyny, wywolującej w głównej mierze powstawanie przerostu serca po wstrzykiwaniach adrenaliny należy prawdopodobnie upatrywać w jednym z tych objawów działania tego środka, o którym przypuścić można, że nie jest tak rychło przemijającym, jak podniesienie parcia krwi oraz zwężenie naczyń obwodowych.

Mamy tu na myśli bezpośrednie działanie adrenaliny na mięsień sercowy.

Badania Gottlieba (7) udowodniły, że wyciąg z nadnercza wzmaga pracę samego mięśnia sercowego. Wzmożenie pracy mięśnia sercowego pod wpływem działania adrenaliny było tak znaczne, że w pierwszej swej pracy uważał je Gottlieb nawet za główną przyczynę podniesienia parcia krwi. Czy adrenalina wywołuje wzmożenie pracy mięśnia sercowego przez działanie na ośrodki automatyczne serca, jak to twierdzi Gottlieb, czy też przez działanie wprost na mięsień sercowy, jak sądzi Cleghorn, Bardier, Baylac i Neujean (8), jest dotąd sprawą nierozstrzygniętą, a przytem dla nas mniejszej wagi.

Zasadniczą sprawą dla nas jest rozstrzygnięcie pytania, czy adrenalina wprowadzona śródżylnie do obiegu krwi, dłuższy czas w nim krąży i wykazać się daje. Stwierdzenie bowiem znajdowania się adrenaliny we krwi w dłuższy czas po jej wprowadzeniu do obiegu krwi, tłumaczyłoby bardziej trwałe działanie tego środka na mięsień sercowy.

Wobec bardzo szybkiego przemijania najwyraźniejszych objawów działania adrenaliny na narząd krążenia, sądzono, że środek ten szybko ulega w ustroju utlenieniu i zniszczeniu. — Dopiero doświadczenia Embdena i Fürtha wykazały, że ani krew, ani narządy ustroju, roztarte z wyciągiem z nadnercza, nie zmniejszają jego działania, nawet po upływie dwóch godzin. — Z tego powodu wyłączają ci autorowie niszczące działanie tkanek ustroju na wyciąg z nadnercza. Zdaniem ich przyczyną szybkiego przemijania działania adrenaliny jest rozcieńczenie jej w ustroju.

Że adrenalina, śródżylnie wprowadzona do ustroju, nie tak szybko z niego znika, najdobitniej wykazały doświadczenia Harrisa, wykonane na kotach. Dwom kotom odpreparowywał on żyłę i tętnicę szyjną. Naczynia te łączył między sobą kaniulami, a nadto tętnice z manometrem rtęciowym. Jednemu z kotów wstrzykiwał adrenalinę. Skoro parcie tętnicze, wzmożone po wstrzyknięciu adrenaliny, opadło, wprowadzał krew z tętnicy tego kota do obiegu krwi drugiego zwierzęcia. Po przejściu pewnej ilości krwi pierwszego kota do obiegu krwi drugiego kota, podnosiło się u tego zwierzęcia parcie krwi. Z doświadczenia tego Harris słusznie wnosi, że znikanie jednego z widocznych objawów działania adrenaliny, mianowicie podniesionego parcia krwi nie stoi w związku ze zniknięciem tej substancyi ze krwi, lecz z zachowaniem się mięśni naczyń krwionośnych.

To, że adrenalina, wstrzyknięta do krwiobiegu, pomimo powrotu parcia krwi do wartości prawidłowych, nie znika z krążenia, mogłem również w następujący sposób wykazać: królikowi, któremu przez kilka miesięcy wstrzykiwałem adrenalinę, i który znosił znaczne jej ilości, wstrzyknąłem jednorazowo 2 cm³ adrenaliny kupnego roztczynu. Po $^1/_2$ godziny utoczyłem mu z żyły usznej 6 cm³ krwi. Krew tę następnie wstrzyknąłem królikowi prawidłowemu, którego tętnicę nosową połączyłem z kimografionem. Wynikiem tego wstrzykiwania było znaczne podniesienie się parcia krwi.

Niemałej wagi w rozstrzygnięciu pytania, jak długo adrenalinę wstrzykniętą śródżylnie można wykazać we krwi, było zastosowanie odczynu Ehrmana celem wykazywania tej substancyi.

Odczyn ten, jak wiadomo, polega na tem, że źrenica

wyłuszczonej gałki ocznej żaby rozszerza się wyraźnie nawet pod wpływem działania bardzo małych ilości adrenaliny.

Zapomocą tego odczynu mogłem wykazać, że surowica krwi królika prawidłowego nie działa rozszerzająco na źrenicę oka żaby. — Skoro jednak do obiegu krwi zwierzęcia prawidłowego wprowadziłem $^1/_4$ cm^3 rozczynu adrenaliny, to surowica krwi zwierzęcia tego nabywała własności rozszerzających źrenicę wyłuszczonego oka żaby. Rozszerzające źrenicę żaby działanie tej surowicy, mogłem wykazać nietylko we krwi, którą utoczyłem w $^1/_2$ godziny po wstrzyknięciu adrenaliny, ale jeszcze w krwi, utoczonej 5 godzin później. Odczyn Ehrmana w surowicy, otrzymanej 5 godzin po wstrzykiwaniu, był bardzo wyraźny. Nawet w 20 godzin po wstrzykiwaniu można było stwierdzić w surowicy słaby, ale niewątpliwy odczyn Ehrmana.

Z przytoczonych doświadczeń Harrisa i moich wynika zatem, że adrenalina, wprowadzona do krwiobiegu, nie szybko z ustroju znika. Znika tylko jeden z najbardziej wpadających w oczy objawów jej działania, mianowicie podniesienie parcia krwi w tętnicach.

Słusznem wobec tego będzie zapatrywanie, że działanie adrenaliny na mięsień sercowy trwa czas dłuższy, wielokrotnie może przewyższający czas podniesienia parcia krwi w tętnicach pod wpływem działania tego środka. — Przyjęcie zaś takiego zapatrywania co do działania adrenaliny na narząd krążenia, dostatecznie tłómaczyłoby nam przyczynę powstawania przerostu serca u królików. Często bowiem powtarzająca się, a dłuższy czas trwająca wzmożona praca mięśnia sercowego może być wystarczającą przyczyną powstawania przerostu serca.

Co się zaś tyczy wspomnianych na wstępie badań anatomiczno-klinicznych, to można na podstawie wyników doświadczalnych, uzyskanych przez nas twierdzić, że wyniki te nie mogą służyć na poparcie zapatrywania, jakoby miażdżyca piersiowej tętnicy głównej człowieka, wywierała większy wpływ na powstawaine przerostu serca.

Wyniki doświadczeń naszych stwierdzają nadto, że pod wpływem środka, którego działanie na mięsień sercowy jest niewątpliwe, a rzekomo szybko przemijające, wytwarza się wyraźny przerost serca, i to już w stosunkowo krótkim czasie. Stwierdzenie zaś tego faktu jest rzeczą nietylko ciekawą, ale i ze względów praktycznych doniosłą.

Piśmiennictwo. 1) Romberg. Über die Reservekraft etc. Archiv für Exp. Pathol. u. Therapie 1897, Bd. 39. — 2) Hasenfeld. Über die Herzhypertrophie etc. Deuts. Arch. für klin. Mediz. 1897, Bd. 59. — 3) Hirsch. Über die Beziehungen zwischen dem Herzmuskel etc. Deuts. Archiv für klin. Mediz. 1900, Bd. 68. — 4) Rzętkowski. Atheromatosis aortae etc. Berliner klin. Wochs. 1904, Nr 31. — 5) Mięsowicz. Działanie śródżylnych wstrzykiwań adrenaliny. Rozprawy Akad. Umiej. w Krakowie, 1906. — 6) Grober. Massenverhältnisse des Herzens etc. Verhandl. des Congr. für innere Medizin, 1907. — 7) Gottlieb. Über die Wirkung des Nebennierenextraktes. — Arch. für exp. Pathol. u. Pharm. Bd. 43, 1900. — 8) Piśmiennictwo w pracy Mięsowicza. — 9) Isaac Harris. Über die Zerstörung des Adrenalins. Königsberg, 1904.

Z kliniki lekarskiej Uniw. Jagiell. w Krakowie pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego.

Propezyna, nowy lek miejscowo znieczulający.

Podał
Dr Władysław Kluger.

Niejednokrotnie już starano się zastąpić kokainę lekiem, któryby dorównując jej co do siły działania znieczulającego, nie miał jednak szkodliwych własności. Pomijając znaczenie, jakie miałby taki środek dla chirurgii i pokrewnych jej gałęzi nauk lekarskich, zaznaczę tylko, jak byłby on pożądany w leczeniu chorób wewnętrznych, gdzie do dziś dnia niosąc choremu ulgę z pomocą: kokainy, kodeiny, morfiny i t. d. równocześnie go zatruwamy. Owocem wspomnianych usiłowań był szereg leków, z których do podawania wewnętrznego nadawał się jeden tylko, t. j. anestezyna, ester etylowy kwasu paramido-będźwinowego. Działanie anestezyny, jakkolwiek nietrujące i niedrażniące, pokazało się jednak zbyt słabem, i nie zapewniło jej szerszego zastosowania. Dlatego też chciałbym zwrócić uwagę na przetwór, uzyskany niedawno we fabryce Fritschego i Sp. w Hamburgu, w oddziale Dra Lüdersa, który ma działać znacznie silniej znieczulająco, niż anestezyna, będąc równocześnie zupełnie nieszkodliwym. Nowy ten lek: ester propylowy kwasu paramido-będźwinowego, $C_6 H_4 < {}^{N H_2 \ (1)}_{C OO C_3 H_7 \ (4)}$, nazwany fabrycznie: *propaesinum*, ma postać białego, krystalicznego proszku, oddziałującego obojętnie, w wodzie bardzo mało rozpuszczalnego, rozpuszczającego się natomiast z łatwością w wyskoku, eterze i innych organicznych rozczynnikach. Proszek ten, wtarty w błonę śluzową wargi lub wzięty na język, wywołuje bardzo szybko wybitne znieczulenie; posmak ma gorzkawy. Rozpylony na spojówkę królika znosi — jak przekonałem się, — natychmiast odruch rogówkowy; przy użyciu minimalnej ilości propezyny zniesienie to trwało około $^1/_2$ godziny, przy większej ilości, nawet po upływie 24 godzin można było jeszcze zauważyć wyraźne osłabienie odruchu, obok braku jakichkolwiek objawów podrażnienia. Propezyna podawana wewnętrznie w dużych nawet dawkach, ma być zupełnie nieszkodliwą. Wedle zapewnień fabryki, dawkę: 2 gr. człowiek ma znosić bardzo dobrze, bez jakichkolwiek objawów ubocznych. Podawana w ilościach od 0·50—1·0—2·0 *p. dosi* ma propezyna działać bardzo szybko, najpóźniej do 2 minut. Na zasadzie swoich własności, może propezyna znaleźć zastosowanie we wszystkich działach medycyny praktycznej, w rozmaitej postaci, wewnętrznie i zewnętrznie. Wewnętrznie zażywać można propezynę albo w proszku, albo w postaci kołaczyków. Wskazaniem do podania jej w proszku są wszelkie bole żołądka, tak czysto nerwowego pochodzenia, jak i pojawiające się przy wrzodzie okrągłym lub raku żołądka, nudności, niestrawność nerwowa, wymioty u ciężarnych i t. d, zatem te wszystkie przypadki, w których dotąd stosujemy kokainę. Dalszem wskazaniem do podania propezyny są wszelkiego rodzaju bole w jelitach, kłucie, i t. d. Jeżeli chodzi o to, by zadziałała w żołądku, zażywać ją należy w opłatku, gdyż tym sposobem unika się znieczulenia jamy ustnej i przełyku,

jeśli zaś ma działać dopiero w jelitach, zażywa się ją w pigułkach keratynowych. Sądzę jednak, że zamiast w pigułkach keratynowych (jak to poleca fabryka), lepiej byłoby podawać propezynę w poleconych przez Prof. Jaworskiego [1]) pigułkach, powleczonych łojem baranim, topniejącym w ciepłocie 15—50° C, pigułki keratynowe bowiem są po większej części w przewodzie pokarmowym nierozpuszczalne. Dla znieczulenia przełyku, można propezyny użyć w proszku, zawiesinie, lub wreszcie ją wdmuchiwać. Przy podrażnieniu do kaszlu podaje się kołaczyki miętowe lub waniliowe, — wyrabiane przez fabrykę — zawierające po 0·02 propezyny. Propezynę można stosować dalej w postaci maści, czopków przy guzach krwawniczych, laseczek do cewki moczowej, zawiesiny, wszędzie tam, gdzie chodzi o usunięcie bolu lub wywołanie miejscowego znieczulenia.

Równocześnie z propezyną wprowadza ta sama fabryka do lecznictwa przetwór nazwany *dipropaesinum*, składający się z dwóch drobin propezyny: $CO < \begin{matrix} NH - C_6H_4 - CooC_3H_7 \\ NH - C_6H_4 - CooC_3H_7 \end{matrix}$
Dipropezyna jest to również biały, krystaliczny proszek, o oddziaływaniu obojętnem, nierozpuszczalny zupełnie w wodzie, łatwo rozpuszczalny w alkoholu etylowym, trudno natomiast w innych rozczynnikach. Sama przez się dipropezyna nie działa znieczulająco, lecz dopiero w fizyologicznie alkalicznym rozczynie ma odszczepiać działającą znieczulająco propezynę. Dipropezyna przechodzi zatem bez wpływu przez usta i przełyk, a dopiero w żołądku i jelitach propezyna działa *in statu nascendi*. Z tego względu byłaby dipropezyna jedynym w swoim rodzaju lekiem. W dawkach od 0·50 ma wpływać uspakajająco na system nerwowy i sprowadzać znużenie, po 1 gr. ma działać nasennie bez nieprzyjemnych objawów ubocznych. Tego wpływu dipropezyny na układ nerwowy, tłómaczącego się jej budową, na podstawie której trzeba ją uważać za produkt pochodny od mocznika, nie uznaję za zaletę, lecz przeciwnie uważam go za wadę tego przetworu; działanie nasenne jest przecież ubocznem i zgoła zbytecznem przy środku, który ma wyłącznie miejscowo znieczulać. Wobec tego zaś, że dipropezyna nie jest lekiem nasennym, lecz działanie to jest u niej ubocznem i nieprzyjemnem, wątpię, by uzyskała ona prawo obywatelstwa w lecznictwie, jeśliby nawet jej dodatnie strony stwierdzone i ustalone zostały.

Chcąc się przekonać o wartości propezyny, rozpoczęliśmy stosować ją na materyale klinicznym. Kołaczyki po 0·02 leku zawierające, podawaliśmy przy kaszlu różnego pochodzenia, dotąd w 21 przypadkach. Z tego w 2 przypadkach u chorych na gruźlicę płuc, po zażyciu jednego kołaczyka pojawiło się silniejsze zadrażnienie do kaszlu, pomimo tego, że w jednym z nich kołaczyki miętowe zastąpiono waniliowymi. W czterech przypadkach chorzy nie odczuli żadnej ulgi w kaszlu. W pozostałych piętnastu doznawali chorzy pewnej większej lub mniejszej ulgi, kaszel był lżejszy i rzadszy. Objawów ubocznych nie stwierdzono w żadnym przypadku, jedynie pojawiało się u wszystkich chorych uczucie znieczulenia języka. Propezynę w proszkach po 0·50 podano w następujących przypadkach:

U trzech chorych na raka żołądka; dwaj z nich doznali pewnej wyraźnej ulgi w bolach, u trzeciego bole po zażyciu szybko i znacznie się zmniejszały. Podano dalej propezynę u dwu kobiet z wadą serca, które uskarżały się na uporczywe nudności. U jednej z nich nudności nie ustąpiły (chora zażyła w ciągu doby 3 gr propezyny), u drugiej natomiast znikły. Z dwóch przypadków bolów żołądka u chorych na gruźlicę płuc, bole po zażyciu propezyny w jednym natychmiast, w drugim w kilka minut ustępowały. U chorej ze znacznego stopnia bębnicą (*meteorismus*), która skarżyła się na bole żołądka, i u drugiej, u której przypuszczano wrzód okrągły, cierpiącej na bole w dołku podsercowym rozpromieniające się ku grzbietowi, podanie proszków propezynowych nie przyniosło żadnej ulgi.

W obu tych przypadkach podawano lek na krótki czas przed każdorazowem przyjęciem pokarmów. Wszyscy chorzy, którzy zażywali proszki, znosili je doskonale, nie zauważono u nich żadnych objawów ubocznych. U jednego chorego na różę zastosowano 15% maść propezynową, bole po nasmarowaniu nią zajętych miejsc wkrótce ustępowały. Czopki, zawierające po 0·25 propezyny, zastosowano u chorego cierpiącego na guzy krwawnicze bez skutku.

Dipropezynę podawano u trzech chorych, w postaci kołaczyków, zawierających po 0·50; u jednej chorej morfinistki — cierpiącej na bole żołądkowe, bez wyniku, u drugiej z bębnicą i bolami żołądka, u której podanie proszków propezynowych nie sprowadziło polepszenia, występowała po dipropezynie wybitna ulga; u trzeciego wreszcie chorego z porażeniem połowiczem i bolami opasującymi brzucha, bole zmniejszały się, lecz nie ustępowały. W żadnym z tych trzech przypadków chorzy nie czuli znużenia lub senności. Tak więc zastosowano w klinice propezynę w różnej postaci, razem w 35 przypadkach. Z powodu krótkości czasu i nieobfitego odpowiedniego materyału klinicznego, liczba tych przypadków jest zbyt małą, by na jej podstawie wydać stanowczy sąd o wartości nowego leku. U żadnego z chorych, którym podawano wewnętrznie propezynę, nie stwierdzono, nawet po podaniu 1 grama naraz, objawów, któreby za jej szkodliwem działaniem przemawiać mogły. Również w moczu tych chorych nie wykazano obecności składników, któreby świadczyły o podrażnieniu nerek, ani też składników przypadkowych, a prawidłowe składniki moczu pozostały niezmienione. Bądź co bądź nawet na podstawie tej skromnej statystyki, niepodobna propezynie odmówić uśmierzającego działania; dalsze badania w tym kierunku toczą się w klinice. Na razie celem tych zapisków jest zwrócenie uwagi szerszego koła lekarzy praktycznych na nowy lek, godzien przecież, by spróbowano jego wartości.

Wadą propezyny jest jej nieznaczna rozpuszczalność w wodzie, wskutek czego nie można jej użyć do wstrzykiwań podskórnych. *Propaesinum hydrochloricum* — nadesłane nam z fabryki — okazało się również bardzo mało rozpuszczalnem w wodzie. Uzyskanie rozpuszczalnego połączenia propezyny zachęciłoby do dalszych prób zastąpienia nią kokainy, zwłaszcza, gdyby ją można w rozczynie wyjałowić.

---

[1]) Jaworski. Wzmianka o łoju baranim (sebum ovile) jako masie pigułkowej. „Przegląd lekarski". 1906, Nr 3.

Oceny i sprawozdania.

Dr K. Rychliński. **Istota natręctwa myślowego.** Warszawa 1909 (E. Wende i Sp.).

Oryginalna praca polska z dziedziny psychopatologii jest w naszem piśmiennictwie dzisiaj jeszcze rzadkiem zjawiskiem. Autor »Istoty natręctwa myślowego« przytacza bogate i bardzo starannie zebrane piśmiennictwo przedmiotu, mianowicie 45 dzieł i artykułów, wśród których jednak niema ani jednej pracy polskiej. Pierwsza monografia o tym przedmiocie w naszem piśmiennictwie, zawierająca historyczne i najnowsze poglądy na natręctwo myślowe, jest już i z tego względu rzeczą wartościową i pożądaną.

Autor monografii ma nadto i własne bogate doświadczenie, gdyż nadmienia o 138 przypadkach natręctwa myślowego, których historye chorób posiada. Z tych przytacza w swej pracy szczegółowo 4 przypadki — bardzo ciekawe — i z ich analizy psychologicznej wysnuwa autor wnioski własne.

Z obecnych poglądów na natręctwo myślowe trafiają autorowi stosunkowo najbardziej do przekonania poglądy Janeta, który łączy »bredzących neurasteników« piśmiennictwa niemieckiego i »osobników zwyrodniałych« (również z natręctwem myślowem) piśmiennictwa francuzkiego w jedną grupę psychasteników, i pod nazwą »psychastenia« rozumie »częściową słabość umysłową chorych na natręctwo, dla odróżnienia podobnej słabości, spostrzeganej przy histeryi«.

Z rozbioru różnych poglądów i własnego doświadczenia klinicznego dochodzi autor do następujących wniosków własnych:

»1) Natręctwo myśli, polegające na zjawieniu się w świadomości osobnika obcych mu myśli, zazwyczaj w sposób przykry opanowujących go, rozwija się od młodego wieku, pełznie w sposób nieznaczny i dopiero, dopiąwszy znacznego rozwoju, staje się widoczne dla otoczenia«.

»2) Z punktu widzenia psychologicznego, natręctwo myśli zależy od braku kontroli czuć nad wyobrażeniami i od mniejszego rozwoju prostujących sądów. Ostatni niedorozwój jest wtórnem zjawiskiem«.

»3) Przyczyną rozwijania się przewagi wyobrażeń, wyzbywających się kontroli czuć, są właściwe wszystkim nam wyobrażenia o wyraźnem zabarwieniu wzruszeniowem braku czegoś i wyobrażeń o jeszcze zawilszem zabarwieniu«.

»4) Przewagę tę zdobywa sobie natręctwo myślowe dzięki wrodzonym właściwościom danego ustroju nerwowego, który nie jest zdolny sprostać zdrowej pracy psychicznej, związanej z oddziaływaniem afekcyjnem o przeważającem zabarwieniu wzruszeniowem, braku czegoś, jak również wyobrażeń o zabarwieniu wzruszeniowem wyobrażeń innych ludzi«.

Przytoczone wnioski nasuwają pewne uwagi najpierw klinicznej natury. Mianowicie psychastenicy nie określają swych natrętnych myśli, jako »obcych«, ale jako swoje własne, chociaż powstające wbrew ich woli. Myśli »obce« w znaczeniu »idei autochtonicznych« Wernickego są rzeczywiście przez chorych jako obce określane, ale są to już objawy, spotykane w przypadkach obłąkania. Naturalnie mogą istnieć i stany przejściowe, ale typowi psychastenicy (np. wszystkie 4 przypadki, przytoczone przez autora) zazwyczaj uznają natrętne myśli za swoje — męczące w wysokim stopniu. niezależne od woli, ale jednak własne, nie obce.

Drugim wnioskiem autora, co do którego nasuwałyby mi się pewne zastrzeżenia, jest jego wniosek o »niedorozwoju«, o »mniejszym rozwoju prostujących sądów«, o tem, że »jest jednak liczny zastęp natrętników, a szczególniej takich, których w klasyfikacyi Janeta zaliczyć należy do grupy czwartej i piątej, na których psychoterapia, najumiejętniej stosowana, wpływu nie wywrze. Tacy, — to, zdaniem mojem, kalecy, których kalectwo polega na swoistym niedorozwoju, na pewnego rodzaju »Imbecillitas« (str. 56). Przeciwko temu poglądowi przemawiałby fakt, że istnieją chorzy z natręctwem myślowem, nie poddający się psychoterapii, i nie wykazujący jednak żadnego zniedołężnienia intelektualnego, a nawet chorzy o wręcz wybitnych i wyjątkowych zdolnościach, znani literaci i uczeni. Zresztą i u zwykłych chorych, nie odznaczających się wybitniejszą inteligencyą, trudno jest mówić o »niedorozwoju« i »mniejszym rozwoju prostujących sądów« wobec tego, iż ci chorzy zazwyczaj krytycznie zapatrują się na swoje myśli natrętne, uznają ich bezpodstawność, a pomimo tego pozbyć się ich nie mogą. Wszak bywają myśli natrętne o treści, zupełnie dla chorego obojętnej, albo natrętne nie myśli, ale wyrazy, również pod względem treści zupełnie obojętne, a jednak tak samo dręczące, — wyłącznie wskutek natręctwa swojego, a nie treści, której bezmyślność chory doskonale pojmuje, przez co się legitymuje z posiadania »prostującego sądu« w dostatecznym stopniu »rozwoju«.

Sądzę, że analiza psychologiczna nigdy nie doprowadzi do wykrycia istoty natręctwa myślowego. Badanie kliniczne pozwala nam stwierdzić u chorego objaw natręctwa myślowego, badanie ścisłe umysłowego stanu chorego pozwala często wykryć, dlaczego treść myśli natrętnych jest taką, a nie inną, — np. w przypadku II autora: — natrętna obawa napisania denuncyacyi, powstająca na widok papieru u 27-letniego człowieka, za którego lat dziecinnych denuncyowano ojca, aby pozbawić go intratnej posady; — albo w przypadku III — natrętna myśl krzywdzenia ordynansa i utraty wskutek tego dobrej opinii kolegów pułkowych, u młodego oficera, którego ojciec był również oficerem, nadzwyczaj wymagającym na punkcie honoru oficerskiego.

Ale takie psychologiczne zrozumienie treści natręctwa myślowego, nie wyjaśnia nam jeszcze jego »istoty«, t. j. przyczyn i jego mechanizmu. Co się tyczy przyczyn — musimy poprzestać na ogólnikowem twierdzeniu, że natręctwo myślowe zdarza się u osób zazwyczaj obarczonych dziedzicznie. Dowolność przyjmowania tego lub owego mechanizmu powstawania natrętnych myśli, o której wspomina autor, świadczy, iż mechanizmu tego wcale dotąd nie znamy. Skorzystałbym z dowolności w ten sposób, aby uważać natręctwo myślowe za rodzaj przeczulicy układu kojarzeniowego.

Autorowi należy się uznanie za opracowanie nieporuszanego dotąd w naszem piśmiennictwie tematu.

J. Mazurkiewicz.

Sabourin. **Racyonalne leczenie gruźlicy.** Przełożyła J. Niziniecka pod redakcyą Dra W. Kraszewskiego. Zakopane. (Nakładem własnym. Druk. S. Kuźniarskiego w Jaśle).

W codziennem życiu spotykamy się na każdym kroku nawet wśród warstw inteligentniejszych z całym szeregiem szkodliwych nawyczek i przesądów, jak n. p. ze spluwaniem na ziemię, szczelnem zaklejaniem i zamurowywaniem okien na zimę, z niechęcią do wentylacyi, spotykamy błędne pojęcia o istocie chorób, brak właściwych pojęć o czystości i t. p. Dobre książki popularne dźwigają na sobie ważne zadanie wyplenienia tych chwastów, oraz przetwarzania i doskonalenia pojęć wśród szerokich kół, a tem samem są niezmiernie doniosłym czynnikiem przy zapobieganiu chorobom i ich zwalczaniu.

Książka Dra Sabourina, dyrektora sanatoryum w Durtol posiada cechy dobrej książki popularnej. Poglądy współczesne na leczenie gruźlicy, poprzedzone odpowiedniem uzasadnieniem, przedstawione zarówno jasno i przejrzyście, jakoteż ściśle przedmiotowo i poważnie, — oto treść tej niewątpliwie pożytecznej książki. Składa się ona z dwóch części, z których pierwsza podaje ogólne pojęcia o gruźlicy i zakażeniu się nią, oraz mówi o śmiertelności wskutek gruźlicy i uleczalności tego cierpienia. Druga część omawia racyonalne leczenie współczesne ogólne, oraz niektórych przypadków, a nadto higienę poszczególnych narządów, oraz okresu zdrowienia. — Myślą przewodnią, przebijającą z dzieła, jest nawoływanie do otwartego przedstawiania prawdy chorym w pierwszych okresach choroby i zwalczanie zwyczaju uspokajania ich złudnemi określeniami w rodzaju »zastarzałych katarów płuc« i t. p. Jaknajwcześniejsze zapoznanie chorych z prawdą i rychłe, a bezwzględne podjęcie stosownego leczenia, oto droga zbawienna i prawie zawsze prowadząca do celu.

Niepotrzebny balast książki, przeznaczonej dla ogółu, stanowią niektóre ustępy, zwrócone wprost do lekarzy ze wskazówkami, jak się wobec pewnych objawów zachować, lub podające cały szereg środków leczniczych, które lekarze powinni zastosować. Ustępy te są tem bardziej zbyteczne, że autor poleca i zachwala w nich środki, które naogół nie znajdują uznania wśród lekarzy i które jedynie wyjątkowo mogą być przy ścisłym nadzorze przez lekarzy stosowane, jak n. p. cięte bańki przy nerwobolach u suchotników, duże dawki wymiotnicy przy krwotokach płucnych i t. p.

Przekład dzieła, dokonany przez p. Niziniecką, jest zupełnie gładki i poprawny, co w znacznym stopniu przyczynia się do łatwości czytania. Wygodny format i dobry druk na dobrym papierze uzupełniają zalety tej książki. *Dr M. Blassberg.*

Piśmiennictwo bieżące.

Medycyna wewnętrzna.

Vogel. **Pojawianie się i znaczenie połowiczego podniesienia się ciepłoty w przebiegu chorób piersiowych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 39). Autor stwierdza w ogólnych zarysach objaw stosunkowo mało znany, podany przez francuskiego klinicystę Petera, że przy jednostronnej gruźlicy po stronie chorej jest ciepłota pod pachą wyższa. Zdaniem Vogela różnica może dochodzić do $^1/_2{}^0$. Trzeba jednak pamiętać, że chodzi tu nietyle o rozległość zmian, ile o ich żywotność. Gdy tedy po jednej stronie mamy przewlekłą łagodnie przebiegającą sprawę gruźliczą, a po drugiej powstaje świeży, chociaż pozornie jeszcze mało rozległy naciek gruźliczy, to po drugiej stronie ciepłota mierzona pod pachą będzie wyższa, chociaż zmiany dotyczą mniejszego obszaru płuca. Być może, że w zapaleniu płuc i innych chorobach płucnych mierzenie po obu stronach dałoby jakieś wyniki praktyczne. *Dr M. Godlewski.*

Schlaepfer. **Nowa metoda badania czynności żołądka.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 36). Metoda S. jest wogóle oparta na metodzie Sahliego, wprowadza tylko zamiast zupy Sahliego rozczyn barwika, aby uniknąć sedymentacyi. Już przez badanie moczu co do zabarwienia owym barwikiem w różnych odstępach czasu można się, — jak twierdzi S.. — oryentować bez cewnika żołądkowego co do sprawności ruchowej żołądka. *Dr M. Godlewski.*

Fischer. **Pierwotna gruźlica przewodu pokarmowego u dorosłych.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 38). Doświadczenie sekcyjne nie potwierdza bynajmniej przypuszczenia Behringa, że zarazek gruźliczy wkracza do ustroju głównie przez przewód pokarmowy. Takie źródło zakażenia jest niewątpliwie częste u dzieci, u dorosłych jednak, chociaż możliwe, zdarza się bardzo rzadko. Autor przytacza obraz sekcyjny kilku takich niewątpliwie rzadkich przypadków. *Dr M. Godlewski.*

Lacomme i Vanlande. **Cianka** (*trichocephalus dispar*), **a dur brzuszny.** (*Journ. de phys. et path. gén.*, 1908, Nr 1). Ostatniemi czasy zaczynają lekarze nadawać pewne znaczenie w zakażeniu prątkiem Ebertha robakom jelitowym, a osobliwie ciance (*trichocephalus dispar*). Zwolennicy tego poglądu opierają się na tem, że 1) cianka wywołuje widocznie obrażenia błony śluzowej jelit w miejscu, w którem się wpija, 2) ciankę daleko częściej spotyka się u chorych na dur, niż u innych ludzi. Autorowie mieli na celu zbadanie, o ile pogląd ten jest słuszny. Badania swe prowadzili w 2 kierunkach: 1) badania histologiczne skrawków błony śluzowej jelit, w której tkwiła cianka, 2) poszukiwania statystyczne, tyczące się częstości znajdowania jaj tego robaka w kale chorych na dur i ozdrowieńców po durze. Badania pierwsze dowiodły, że cianka wnika w błonę śluzową bardzo powierzchownie, i że obrażenia te są tak nieznaczne, iż porównać je można tylko ze stałem łuszczeniem się nabłonka, gdy pokarm przechodzi przez jelito. Przy badaniach statystycznych okazało się, że w $^1/_3$ części wszystkich przypadków w kale nie można było wykazać jaj cianki. W przypadkach, w których jaja się znajdowały, było ich nadzwyczaj mało: 16 jaj na 50 preparatów. Wobec tych wszystkich danych sądzą autorowie, że rola cianki w sprawie zakażenia prątkiem durowym jest przeceniona. *Dr L. Mańkowski.*

Port. **Mała epidemia duru osutkowego.** (*Deutsche med. Wochenschr.* Nr 41, 1908). Autor spostrzegał w klinice uniwersyteckiej w Göttingen cztery przypadki duru osutkowego u 3 świeżo przybyłych z Królestwa Polskiego robotników Polaków i jednego, przez nich prawdopodobnie zakażoneg ». Rozpoznawczo zwraca P. uwagę na czerwone zabarwienie policzków i znaczne objawy nieżytowe na spojówce, dalej na znaczne, w porównaniu do duru brzusznego przyspieszenie tętna, 118 do 140 na minutę, niewielką leukocytozę, 7200 do 14.700 krwinek białych w 1 mm³ i to z niewielkim wzrostem liczby limfocytów małych (19 do 35%), ujemny wynik odczynu Widala. U 2 chorych spostrzegał P. jedynie osutkę. U 2 chorych wykonał P. badanie bakteryologiczne krwi z wynikiem tak na żółci, jak na płytkach agarowych ujemnym. Wszystkie przypadki przy stosowaniu odpowiedniej dyety i obfitego dostępu świeżego powietrza przez stałe otwarcie okien w pokoju chorych według poleceń Curschmanna zakończyły się wyleczeniem. P. zwraca uwagę na znaczenie dezynfekcyjne ze względu na otoczenie chorego wspomnianego dostępu świeżego powietrza. *Dr Skórczewski.*

Szczepański. **O fersanie.** (*Tyg. lek.* 1908, Nr 27). Badania przemiany materyi (w klinice Prof. Gluzińskiego) przy podawaniu proszku fersanu wykazały, że ustrój wyzyskuje znakomicie ten przetwór. Ponieważ fersan zawiera obok acidalbuminy także znaczne ilości żelaza i fosforu w łatwo wessalnej postaci, więc poleca się go tam, gdzie chodzi o poprawę odżywienia i składu krwi. W licznych przypadkach błednicy i niedokrwistości stwierdził S. zwiększenie się ilości hemoglobiny i ciałek krwi obok przybytku wagi. *Ms. W.*

Möller. **Policytemia, a ciśnienie krwi.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 44). Autor badał ilość ciałek czerwonych krwi u 35 chorych z kliniki Prof. Straussa, u których skurczowe ciśnienie krwi stale przenosiło 180 mm słupa rtęci. Tylko u 2 chorych stwierdzono stałe zwiększenie ilości krwinek czerwonych powyżej 7,000.000 w 1 mm³ krwi. Podmiotowo istniały u obu bole głowy, zawroty, kłucia w okolicy serca; przedmiotowo nie stwierdził M. powiększenia śledziony. Po 3-miesięcznem leczeniu naparstnicą i jodem podmiotowy stan znacznie się poprawił, a ilość krwinek czerwonych zmalała do 5,400.000 i 6,100.000. Według zapatrywań autora, a wbrew zapatrywaniom Geisböcka, niema stałej zależności między ilością krwinek, a wzrostem ciśnienia krwi; raczej należałoby przyczynę tego wzrostu odnosić do zmiany sprężystości ścian naczyń. *Dr Skórczewski.*

Rehberg. **Niedostateczne ukrwienie mózgu i kończyn górnych przy tętniaku łuku tętnicy głównej.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 45). Autor spostrzegał przypadek tętniaka łuku tętnicy głównej, stwierdzonego, tak badaniem fizycznem, jak i promieniami Roentgena, w którym przy jednostronnym ucisku na wewnętrzny brzeg mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego na wysokości chrząstki tarczowatej występowało zrazu zwolnienie tętna, następnie duszność wdechowa z lekkiemi zrywaniami w prawej ręce, a przy dłuższym i silniejszym ucisku utrata przytomności z ogólnemi drgawkami. Przypady te mogłyby pochodzić od podrażnienia nerwu błędnego, albo od uciśnięcia tętnicy szyjnej. Za tem ostatniem przypuszczeniem oświadcza się autor tembardziej, że u tegoż chorego upośledzenie krążenia można było przyjąć według wywiadów z zawrotów i napadów bezprzytomności, przedmiotowo z tego, że tętno na tętnicach sprychowych było niewyczuwalne, a ledwie wyczuwalne na tętnicach szyjnych. Gdy podrażnienie nerwu błędnego u zwierząt nie wywołuje drgawek, albo przy zabiegu operacyjnym u ludzi ich nie spostrzegano, to jednak spostrzegano podobne objawy przy podwiązaniu tętnic szyjnych u zwierząt, w przebiegu starczej padaczki na tle miażdżycowem; wreszcie spostrzegano samoistnie występujące podobne napady w przebiegu tętniaków. *Dr Skórczewski.*

Prof. Romberg. **Rozszerzenie serca.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 47). Niedostateczność metod, podawanych dla ocenienia pracy i stanu serca, skłoniła autora do zwrócenia uwagi na pewne błędy, które przy badaniu chorego niejednokrotnie się popełnia. A więc przestrzega R. przed oznaczeniem zbyt wielkiego stłumienia serca tam, gdzie wstrząśnienie uderzenia koniuszkowego daleko na lewo się przenosi, a koniuszek serca leży w miejscu najsilniejszego wstrząśnienia. Dalej zwraca R. uwagę na zmianę stłumienia serca przy rozmaitem położeniu serca wobec klatki piersiowej; tak n. p. prawidłowe stłumienie serca przy rozedmie płuc świadczy o powiększeniu wymiarów serca, powiększenie wymiarów przy niedokrwistości, błednicy, chorobach zakaźnych zależy nie od powiększenia setca, ale od zbliżenia jego ku przedniej ścianie klatki piersiowej wskutek niedostatecznego rozprężania się lewego płuca; powiększenie stłumienia przy zmianach w kręgosłupie, względnie jego przemieszczenie jest objawem bardzo często spotykanym; obniżenie przy tętniaku tętnicy głównej, klinicznie jako powiększenie stłumienia stwierdzalne, wreszcie powiększenie się zawartości jamy brzusznej (bębnica, ropień podprzeponowy) przybliża serce do przedniej ściany klatki piersiowej i wywołuje również zwiększenie stłumienia serca. Zwiększenie takie możemy stwierdzić u ludzi otyłych z grubemi powłokami przy większej zawartości tłuszczu między blaszkami osierdzia i opłucnej, lub przy skośnem nieco pukaniu. Tak więc prócz ocenienia wielkości uderzenia koniuszkowego, występowania i niknięcia szmerów mięśniowych, zwiększania lub zmniejszania się wymiarów serca podczas badania, niema miejscowych objawów, określających czynność serca. Natomiast objawy odległe już wcześnie pozwalają stwierdzać niedomogę serca; tu zaliczymy zmniejszenie ilości moczu, obrzęki, powiększenie wątroby, sinicę, duszność, nieżyty oskrzelowe. Do-

kładne wywiady pozwolą nieraz odgraniczyć sprawę organiczną od czynnościowej. *Dr Skórczewski.*

Prof. Blumenthal. **Nowsze badania nad cukrzycą.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 43). Pytanie, jakiego narządu zmiany wywołują cukrzycę, nie jest łatwiejsze do rozwiązania obecnie, niż przed kilkunastu laty. Stwierdzenie, iż nakłucie Claude-Bernarda wywołuje jedynie przemijający cukromocz, dalej, że cukromocz spostrzegano przy rozmaitych zabiegach i zmianach w obrębie mózgu, a w szczególności przy wstrząśnieniu mózgu, pozwoliło ograniczyć rolę mózgu jako narządu, od którego zależy cukrzyca. Stałość występowania cukromoczu po nakłuciu Claude-Bernarda świadczy o obecności w rdzeniu przedłużonym ośrodka, regulującego przemianę cukru w ustroju. Tu wypadałoby zaliczyć cukromocze, występujące przy zatruciach tlenkiem węgla, strychniną, a zależne najprawdopodobniej od działania tych trucizn na rdzeń przedłużony. O tem, że wątroba nie jest narządem, od którego zależy cukrzyca, świadczyłaby nieobecność cukromoczu przy takich chorobach wątroby, jak marskość, zanik żółty, zatrucie fosforem; dotychczas stwierdzono jedynie, iż przy chorobach wątroby upośledzone jest tworzenie się glikogenu z lewulozy, a więc zmniejszona dla niej tolerancya. Za niestwierdzone należy uważać przypuszczenie Naunyna i Noordena, którzy upatrują przyczynę cukrzycy w niemożności tworzenia w wątrobie glikogenu z cukru. Przeciw tej teoryi przemawia obecność glikogenu w mięśniach przy ciężkiej cukrzycy, a również obecność jego w nerkach, stwierdzona przez Ehrlicha. Nowe światło na rolę wątroby w cukrzycy rzuciły doświadczenia Rosenfelda. Zauważył on, że przy wewnętrznem podawaniu cukru u zwierząt, pozbawionych trzustki, wydziela się cukru znacznie więcej, niż przy wstrzykiwaniu wśródżylnem. Dalej zauważył, że przy wstrzykiwaniu cukru śródżylnem ilości glikogenu w wątrobie się nie zwiększają, jeno tłuszczów. Wyłączenie wątroby z krążenia usuwało występowanie cukromoczu po wstrzyknięciu florydzyny. Cukier, wprowadzony do odbytnicy i stamtąd wchłaniany (Arnheim), bywał lepiej wyzyskiwany, niż podany wewnętrznie u ludzi chorych na cukrzycę. Wreszcie cukromocz znikał u żab z wyciętą trzustką po wycięciu im wątroby. Wszystkie te fakta skłoniły Rosenfelda do wypowiedzenia przypuszczenia, iż ustrój ludzi chorych na cukrzycę ma raczej zwiększoną zdolność spalania cukru; a odpływający z wątroby cukier nie jest zwyczajnym cukrem gronowym, ale jego modyfikacyą, może połączeniem cukru z tłuszczem. Jednak zdaniem Blumenthala nie potrzebujemy przyjmować tego ostatniego przypuszczenia, aby wytłómaczyć utrudnienie spalania cukru, wydalanego przez wątrobę; wystarczy przyjąć rownoczesne wydalanie prócz cukru substancyi, spalanie cukru hamujących. W każdym razie trudno uważać narząd, po którego usunięciu cukrzyca zmniejsza się lub ginie, za narząd wywołujący cukrzycę, raczej należy narząd taki uważać za zajęty w toku choroby, a przyczyny choroby musimy szukać gdzieindziej. Znane doświadczenia Meringa, Minkowskiego i Dominiciego przemawiały za tem, że tym narządem jest trzustka. Jednak niemożność zmniejszenia cukrzycy przez wstrzykiwanie wyciągów z trzustki u zwierząt trzustki pozbawionych skłoniła Pflügera do wypowiedzenia teoryi, iż z rdzenia przedłużonego wychodzą włókna nerwowe do wątroby, pobudzające tworzenie cukru ze skrobi; natomiast z jelit cienkich wychodzą włókna nerwowe, pobudzające tworzenie się zaczynów przeciwcukrzycowych. Jako dowody na uzasadnienie swej teoryi podaje Pflüger doświadczenia, w których wycięcie dwunastnicy u żaby, przecięcie naczynia, które odżywia nerw, łączący dwunastnicę z trzustką, wreszcie przecięcie tegoż nerwu wywoływało cukrzycę. Doświadczenia jednak kontrolne tego nie potwierdziły; wykazały one, że cukrzyca, występująca u żab Pflügera, była skutkiem działania zimna, Pflüger kładł je bowiem na lód. Również doświadczenia, przeprowadzone na zwierzętach ciepłokrwistych z usuwaniem dwunastnicy wykazały, że wnioski Pflügera były mylne. W ostatnich czasach przeciwko teoryi, że cukrzyca pochodzi z trzustki, wystąpiono z pewnemi wątpliwościami: i tak, Falta stwierdził, iż u psa pozbawionego trzustki waha się stosunek między ilością cukru, a wydalanego azotu na szczycie zaburzenia najwyżej o 3, natomiast u ludzi z ciężką cukrzycą liczba ta podnieść się może na czas dłuższy do 5; dalej u psa wątroba zawsze zamienia lewulozę na glikogen i zapobiega stłuszczeniu, natomiast u ludzi wszystkie węglowodany pozostają nie wyzyskane. Brugsch widzi różnicę między doświadczalną cukrzycą psów, a cukrzycą ludzi w tem, że u psów nie występuje tak częsta w ciężkiej cukrzycy ludzi acydoza. Zapatrywaniom tym jednak dałoby się zarzucić wedle Blumenthala to, iż trudno jest porównywać szybko prowadzącą do śmierci doświadczalną cukrzycę u psa, z długo trwającą chorobą człowieka, w której wszystkie siły obronne ustroju zostają zużyte. Tak więc teorya wewnętrznego wydzielania trzustki stale odgrywa główną rolę w sprawie powstawania cukrzycy. Teorya Lepinea o glikolitycznym zaczynie trzustki nie została doświadczalnie poparta. Natomiast stwierdzono (Rachela Hirsch), iż sok wątrobowy tylko słabo cukier rozkłada, ale po dodaniu soku trzustkowego bardzo silnie go spala; również rozkład cukru przez drożdże i bakterye znacznie zostaje przyspieszony przez dodanie soku trzustkowego. Dalej stwierdził Blumenthal silną fermentacyę w rozczynach cukru po dodaniu proszku trzustkowego, podobny jednak skutek wywoływało dodanie proszku z jelit, wątroby, płynu przesiękowego z jamy brzusznej i gotowanych drożdży. Bendix stwierdził, że gotowany proszek trzustki wywołuje silną fermentacyę w rozczynach cukru mlecznego. Podobnie działały proszki ze śledziony, jajnika, jelit; proszek z wątroby nie wywoływał natomiast fermentacyi. Wreszcie Blumenthal z Herschmannem wykazali wybitny wpływ fermentacyjny proszku trzustkowego na mleko i rozczyny cukru z laktobacyliną. W ostatnim czasie powiodło się Vahlenowi wyosobnić z trzustki ciało, które przyspiesza fermentacyę wyskokową. Podawanie tej substancyi miało u zwierząt, pozbawionych trzustki, zmniejszać wydzielanie cukru. Doświadczenia te nie zostały jeszcze dotychczas przez nikogo powtórzone i sprawdzone. W obecnym stanie nauki można za przyczynę cukrzycy uważać zmniejszenie, względnie usunięcie wydzielania z trzustki ciał, przyspieszających spalanie cukru (Aktivatoren). Jednak już teoretycznie można przypuszczać, że to wewnętrzne wydzielanie trzustki może być zupełnie prawidłowe, ale mięśnie są chore i mimo dostatecznej ilości aktywatorów nie dochodzi do spalania cukru wskutek nieczynności tych sił i zaczynów, które cukier w ustroju spalają; wtedy mielibyśmy prawo nazwać to zaburzenie cukrzycą mięśniopochodną.

Co do pytania, czy wydalany cukier prócz z węglowodanów pochodzi też z białek i tłuszczów, to nowsze badania rozświetliły nieco tę sprawę. Prawie we wszystkich białkach znaleziono grupy węglowodanów, jak z białkiem luźno związaną glukozę, pentozy, wreszcie najczęściej glukosamin. Glukosaminu nie uważano za materyał do wytworzenia cukru, dopiero doświadczenia Forschbacha i K. Meyera wykazały zwiększanie się wydalania cukru po podaniu estru węglowego glukosaminu u zwierząt pozbawionych trzustki. Jednak gdybyśmy nawet przyjęli te zapatrywania jako pewnik, to pozostaje znaczna ilość wydalanego, a niepokrytego cukru; pochodzenie jego rozświetlają doświadczenia Mohra. Gdy Müller i Kossel przypuszczali tworzenie się cukru z kwasów aminowych, a mianowicie leucyny, natomiast Kraus, Neuberg i Langstein z alaniny i glykokolu, udało się Mohrowi zmniejszyć wydalanie cukru w doświadczalnej cukrzycy przez podanie kwasu będźwinowego, co Mohr tłomaczy wytworzeniem związku stałego tegoż kwasu z glykokolem. Wreszcie udało się Neubergowi zapomocą redukcyi kwasów aminowych otrzymać aldehydy aminowe (aldehyd amino-glykolowy i amino-glicerynowy), które stoją tak blisko syntezy cukru. Potrzebne do tego odczynu uwolnienie amidu z grupy aminowej zostało co do alaniny stwierdzone przez Neuberga i Langsteina.

Przy zużywaniu tłuszczów na powstawanie cukru, zostaje zużyta zawarta w nich gliceryna (10%) na wytworzenie jego przez przejście przez glicerozę w glikozę. Za tem przemawiają skutki podawania gliceryny w ciężkiej cukrzycy. Czy inne tłuszcze zostają na cukier zamienione, na to nie mamy dowodów, choć za tem przemawia niedobór w obliczeniach wydalanego cukru. Tu jednak trzebaby zastanowić się nad przypuszczeniem Umbera i Lüthjego, że białko, oddając grupę węglowodanową, niekoniecznie musi się natychmiast rozpadać na końcowe produkta, i że w ten sposób może powstać zubożenie organicznego białka w węglowodany. Za tem przypuszczeniem przemawiają doświadczenia Krausa, który znalazł u myszy, padłych na cukrzycę florydzynową, mniejszą zawartość N kwasu monoaminowego w porównaniu do całej ilości azotu, niż u myszy prawidłowych. Kossel i Wakemann znaleźli zmniejszenie się ilości kwasów diaminowych w białku przy zatruciu fosforem, Blumenthal w białku krwi zmniejszenie się ilości węglowodanów przy głodzeniu w cukrzycy florydzynowej. Wszystkie te doświadczenia przemawiają za znacznem zaburzeniem przemiany materyi białek w ciężkiej cukrzycy. U ludzi zdrowych, a nawet w lekkiej cukrzycy przy odbudowie białka kwasy monoaminowe w znacznej ilości zostają spalane; Blumenthal i Bergell znaleźli w końcowym okresie cukrzycy niewyzyskanie zupełne 15 gr podanej alaniny, wogóle w ciężkiej cukrzycy niedostateczne wyzyskanie podawanej alaniny i wydalanie tyrozyny.

Wreszcie co do powstawania acetonu, to wbrew dawnym zapatrywaniom, polegającym na spostrzeżeniach, że ilość acetonu po podawaniu tłuszczu zwiększa się, a przy podawaniu węglowodanów zmniejsza, wykazali Blumenthal i Neuberg możność powstawania acetonu przez utlenienie białek. W ostatnich czasach stwierdził Bear wytwarzanie się kwasu β-oksymasłowego, (z którego jak wiadomo, powstaje aceton), z leucyny, a również i z tyrozyny i fenylalaniny. Borchardt wykazał możliwość tworzenia się acetonu z niższo-rzędnych kwasów tłuszczowych, jak z β-oksymasłowego, β-aminomasłowego, masłowego, izokozłkowego, leucyny. Znajdujemy więc w drobinie białka kwasy aminowe, zawierające zdolne do tworzenia cukru grupy aldehydowe i grupy ketonowe, mogące tworzyć aceton. To zapatrywanie potwierdza doświadczenie Borchardta, polegające na powiększeniu wydalania acetonu po podaniu protaminy. Protamina zawiera 85% argininy, zamieniającej się w ustroju na kwas β-oksymasłowy. *Dr Skórczewski.*

Pedyatrya.

Wojnow. **Badania nad działaniem surowicy przeciwpłoniczej jednowartościowej,** według danych miejskiego szpitala dziecięcego w Petersburgu za lata 1906—1907. (*Russkij Wracz* 1908, Nr 34—35). Autor stosował w 171 przypadkach surowicę z zakładu uniwersyteckiego moskiewskiego, z zakładu Blumentala i z zakładu medycyny doświadczalnej. Działanie każdej surowicy roztrząsa W. oddzielnie i przedstawia w tablicach. Na podstawie swoich spostrzeżeń dochodzi do następujących wniosków. 1) Surowica przeciwpłonicza, nietylko pochodząca z rozmaitych zakładów, ale nawet z tego samego, ale z rozmaitych lat, znacznie różni się co do swego działania na chorych. 2) Wpływ dodatni na chorych wyraża się spadkiem ciepłoty, polepszeniem działalności serca, powrotem do przytomności, szybkiem zniknięciem wysypki. 3) Surowica ani razu nie była powodem nieprzewidzianych i nieszczęśliwych przypadków, jak n. p. raptownego pogorszenia, zapadu i t. p. 4) Co się tyczy wpływu na mięsień serca, to na sekcyach nie można było stwierdzić żadnej różnicy między tymi, którym wstrzyknięto surowicę i tymi, którym jej nie wstrzyknięto. 5) Wysypki posurowicze, chociaż często się wydarzają, jednakowoż nie mają złego wpływu na przebieg choroby. 6) Surowica nie zabezpiecza od powikłań, ale, jak się zdaje, zmniejsza ich siłę. 7) Czem wcześniej wstrzyknięto surowicę, tem odsetek śmiertelności jest mniejszy. 8) Są bez wątpienia przypadki, w których surowica nie wpływa nawet czasowo na polepszenie stanu. *Dr L. Mańkowski.*

Cariegradskij. **W sprawie szczepień ochronnych przeciwpłoniczych** (*Russkij Wracz*, 1908, Nr 31). Szczepienia [1]) robił autor w gub. ufimskiej wśród ludu wiejskiego w promieniu 1—5 wiorst (1—5 kilom.) od ogniska epidemicznego. Szczepień zrobił 64. Dzieciom od 1—5 lat szczepił 0,30; od 5—10 lat 0,50; wyżej 10 lat 1,0 szczepionki. Z liczby szczepionych zachorowało 1 dziecko (otrzymało ono 2 szczepienia, na trzecie matka nie zgodziła się wobec silnego odczynu); przebieg choroby był bardzo lekki. Wobec silnego odczynu radzi autor zmniejszyć dawkę i szczepić do 2 lat 0,10, do 5 lat 0,20, do 10 lat 0,30, do 15 lat 0,40. Dalsze próby szczepienia ochronnego, podjęte przez autora w rodzinach, gdzie już panowała płonica, dały wynik ujemny (12 przypadków). Na podstawie własnego doświadczenia wysnuwa autor następujące wnioski: 1) Chociaż szczepieniu ochronnemu przy wielkich dawkach częstokroć towarzyszy silny odczyn, jednakowoż nie wywołuje on żadnych szkodliwych następstw dla chorego. 2) Własności ochronne może szczepionka okazać dopiero po dwukrotnem szczepieniu. 3) Szczepienie nie usuwa możliwości zachorowania, ale przebieg choroby czyni lżejszym. 4) W rodzinach, gdzie już są chorzy na płonicę, stanowczo szczepić nie należy. 5) Szczepienia masowe są na czasie tylko w początkach epidemii. *Dr L. Mańkowski.*

Miedowikow. **O częstości gruźlicy u dzieci.** (*Wracebn. Gaz.* 1908, Nr 34). Materyałem pracy autora było 1204 sekcyj, wykonanych w Petersburgu w miejskim szpitalu dziecięcym. W tej liczbie stwierdzono gruźlicę w 442 przypadkach, tj w 36,7% (do tego szpitala przyjmowane są dzieci do lat 15). Ale daleko prawdziwszą liczbę zakażenia gruźlicą dają sekcye dzieci, zmarłych na jakąś ostrą chorobę zakaźną, a u których gruźlica wykrytą dopiero została na sekcyi. Otóż takich przypadków autor znalazł w swym materyale 619, gruźlicę zaś wykryto w 172 przypadkach, t. j. w 27,8%. Porównując tę liczbę z danemi z innych miast, jak Boston (16%), Berlin (18%), Kiel (20%), Wiedeń (21%), Praga (24%) widzimy, że odsetek zakażenia w Petersburgu jest największy. Najmniejszy odsetek gruźlicy przypada na 0—1 rok życia 23,6%; potem od 1—2 lat 38,7%; 2—3 lat 43%; 3—4 lat 39%; 4—5 lat 37%; 5—7 lat 35%; 7—9 lat 29%; 9—11 lat 40,6%; 11—15 lat 52%. Pierwszy najwyższy odsetek zakażenia, przypadający na 3½ rok życia, objaśnia autor warunkami życia proletaryatu w Petersburgu. Dzieci biednych warstw ludności do 3. roku żyją w najgorszych higienicznych warunkach, li tylko w czterech ścianach mieszkania. Od 4. roku życia przynajmniej część dnia spędzają na podwórku, gdzie w każdym razie znajdują lepsze stosunkowo warunki życia, niż w mieszkaniu. — Gruźlica usadowiła się tylko w gruczołach (karkowych, oskrzelowych, krezkowych) w 71 przypadkach; oprócz gruczołów były zajęte i inne narządy w 120 przypadkach. W 251 przypadkach stwierdzono gruźlicę prosówkową. *Dr L. Mańkowski.*

Rumiancew. **Częstość krzywicy u dzieci w Irkucku.** (*Russkij Wracz*, 1908, Nr 31,33). Krzywica jest jedną z najczęstszych chorób wieku dziecięcego i jest bez wątpienia, jeżeli nie bezpośrednio, to pośrednio, czynnikiem zwiększającym śmiertelność u dzieci. Materyał, zebrany przez autora w miejskim szpitalu w Irkucku w ciągu 1½ roku, składa się z 1318 dzieci w wieku od 3 miesięcy do 3 lat; dotkniętych krzywicą było w tej liczbie 675, t. j. 51,2%, krzywicę w bardzo ciężkiej postaci stwierdzono tylko w 16,1%. Do 3 miesięcy wieku spotyka się krzywicę bardzo rzadko. Od 3 miesięcy do ½ roku odsetek krzywicy był 38,8%; od ½—1 roku 50,0%; 1—2 lat 56,3%; 2—3 lat 64,8%. Przytoczywszy następnie dane o częstości krzywicy w rozmaitych miejscowościach Rosyi, jakoteż zachodniej Europy, zastanawia się autor nad etyologią choroby. Na podstawie własnych swoich spostrzeżeń i piśmiennictwa wypowiada autor zdanie, że przeważną, ale w każdym razie nie jedyną przyczyną krzywicy jest sposób karmienia dziecka. Ostatecznie zaś wszystko to sprowadza się do społeczno-ekonomicznych warunków życia ludu. Jeżeli lekarze nie mogą wpływać bezpośrednio na poprawę warunków ekonomicznych, to w każdym razie powinni wskazać drogę, na której można osiągnąć zmniejszenie się częstości krzywicy, a co za tem idzie, i śmiertelności dzieci. Pierwszym krokiem do tego byłoby urzeczywistnienie żądania, że każde dziecko ma prawo do piersi swej matki, a zatem umożliwienie karmienia piersią każdej matce, pracującej czyto fizycznie, czy umysłowo. Wogóle lekarze powinni iść na czele tego społecznego ruchu, który skupia się w Rosyi w Towarzystwach walki ze śmiertelnością dzieci. *Dr L. Mańkowski.*

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Sippel: **Nowy projekt w celu umożliwienia dokładnego rokowania przy gruźlicy w ciąży.** (*Gynaekol. Rundschau*, Nr 20, 1908). Niekorzystny wpływ ciąży na sprawę gruźliczą, toczącą się w ustroju kobiety, znany jest od dawna. Ustalenie wskazań do przerwania ciąży, bez zarzutu ze stanowiska naukowego, należy do zadań bardzo trudnych, wiadomo bowiem, że każda postać gruźlicy dróg oddechowych może skutkiem ciąży uledz znacznemu pogorszeniu. Wprawdzie różne postacie gruźlicy zachowują się pod tym względem różnie, we wszystkich jednak zachodzi możliwość pogorszenia wskutek ciąży, i dlatego też tutaj leży punkt ciężkości odpowiedzialności położnika. Stąd właśnie przy ocenianiu przypadków lekkich bierze lekarz tem większą odpowiedzialność, gdyż nie może przewidzieć, czy sprawa gruźlicza, dotąd mało posunięta, nie ulegnie wskutek ciąży znacznemu pogorszeniu, gdy tymczasem to są właśnie przypadki, które przy korzystnych warunkach mogą zupełnie się wyleczyć. Ustalenie więc ścisłego wskazania położniczego, wolnego od zarzutów ze stanowiska naukowego, jest dotąd niemożliwością. Bardzo użyteczne byłyby w tym kierunku pewne kryterya, któreby dozwalały z większą pewnością rokować w pewnych przypadkach dobrze, w innych znów zapowiadałyby pogorszenie, zanim do niego przyjdzie.

Jakkolwiek badania krwi, oznaczanie ilości i jakości leukocytów zawiodły w wielkiej części nadzieje, w tych sposobach pokładane, (a mianowicie co do oparcia się wyłącznie na nich w rozpoznawaniu i rokowaniu), to jednak udowodniły one, że leukocytoza odgrywa bardzo wielką rolę ochronną w walce z drobnoustrojami. Ciałka białe stanowią armię ustroju tem silniejszą, im ona liczniejsza i doskonalsza. Blumenthal udowodnił, że ciąża często wywołuje niedokrwistość, a chociaż leukocytoza nie jest jej częstym objawem i nie bywa wysoka, to jednak spo-

[1]) Za pomocą strzykawki wprowadza się jednorazową dawkę pod skórę.

tykamy w niej makrofagię i myelocytemię, co się daje wytłómaczyć wzmożeniem czynności narządów krwiotwórczych, zwłaszcza zaś szpiku kostnego. Skoro więc zdaje się nie ulegać wątpliwości, że leukocyty odgrywają pewną rolę w ciąży, przeto sądzi autor, że może tutaj dałby się wyszukać pewien punkt wyjścia dla rokowania przy gruźlicy w ciąży. Jeżeli bowiem jako przykład weźmiemy kobietę, u której stosunek pomiędzy siłą obronną ustroju, a siłą zaczepną prątków gruźliczych jest zrównoważony, to należy przypuścić, że przez zajście w ciążę stosunek ten zostaje naruszony w tym stosunku, że przeważają prątki i wskutek tego gruźlica postępuje. W tych więc przypadkach z teoretycznego punktu widzenia należałoby oczekiwać, że niestosunek ten ujawni się w pewnych zmianach mikroskopowego obrazu leukocytów we krwi. Gdyby tak było, mielibyśmy już pewne kryteryum, zwiastujące nam niebezpieczeństwo pogorszenia się sprawy gruźliczej, któreby mogło dawać wskazanie do przerwania ciąży.

Drugim nowym terenem badań, który także mógłby się przyczynić do umożliwienia szybszego rozpoznania zagrażającego pogorszenia, wydaje się autorowi badanie krwi w kierunku zdolności bakteryobójczej ciałek białych w myśl badań Wrighta. Jak wiadomo, zmniejszenie się tej zdolności świadczy o zmniejszeniu się odporności ustroju. Analogicznie więc do innych zakażeń, można przypuszczać, że i przy gruźlicy, z chwilą zajścia w ciążę i pogorszenia się sprawy, uwidoczni się to zmniejszeniem się własności bakteryobójczej leukocytów, a objaw ten zwiastowałby już wcześnie zagrażające pogorszenie. Turban stwierdził, że przy miesiączce obniża się ten t. zw. »opsoniczny równoważnik«; tembardziej powinno się to uwidocznić w odpowiednich przypadkach ciąży. Sądzi więc autor, że należałoby w ciąży u osoby gruźliczej śledzić równoważnik opsoniczny, jeżeliby wystąpił niestosunek pomiędzy siłą odporną ustroju, a zaczepną drobnoustrojów na niekorzyść pierwszej, to powinno to się uwidocznić na równoważniku opsonicznym, a temsamem dawałoby to wskazanie do przerwania ciąży. Wreszcie zwraca autor uwagę, że Wright w swej metodzie przypisuje główną wagę składowi surowicy krwi, a autor odnosi wrażenie, że jest to pewien błąd metody, gdyż z wszystkich dotychczasowych doświadczeń wynika, że ciałka białe same, już jako takie, posiadają w tym kierunku pewne własności, które u poszczególnych osobników zależą od ich zdrowia. Autor sądzi, że leukocyty posiadają pewną rolę czynną przy pochłanianiu (pożeraniu) drobnoustrojów, a surowica odgrywa dla nich rolę pokarmu, z którego czerpią swą siłę. Nie oceniając tej czynnej zdolności leukocytów, a przypisując to działanie tylko wpływowi surowicy, nie oceniamy dokładnie wszystkich czynników, biorących udział w samoobronie ustroju i w tem, zdaniem autora, leży błąd metody Wrighta. *Dr Stanisław Przybylski.*

Prof. Pinard: **O zabiegach położniczych przy niestosunku porodowym z powodu wadliwych miednic.** (*Semaine gynecologique* Nr 49, 1908). Na podstawie swego doświadczenia z lat 18 dochodzi Prof. Pinard do następujących ogólnych wniosków i zasad postępowania: 1) Nie należy nigdy przerywać ciąży (bez względu na stopień zwężenia miednicy). 2) Podczas porodu nie należy nigdy używać do rozwiązania zabiegów, któreby zmuszały główkę do zwalczania oporów kostnych miednicy (tak we wchodzie, jak w próżni i wychodzie miednicy). 3) Jako zabiegi rozwiązujące nadają się jedynie: a) cięcie cesarskie zachowawcze, b) rozszerzenie pierścienia miednicy (symphyseotomia, pubiotomia etc.), c) operacya Porro. Naturalnie ma Pinard na myśli jedynie te przypadki, w których płód żyje, w przeciwnym bowiem razie wskazane są operacye, biorące w rachubę tylko zdrowie i dobro matki (craniotomia, basiothripsia, evisceratio). Zabiegi forsowne, jak kleszcze, obrót, zazwyczaj matkę lub płód kaleczą lub zabijają, przedwczesne zaś przerwanie ciąży w najpomyślniejszym razie daje dziecko nieczasowe. Rozszerzenie miednicy cięciem łonowem lub przyłonowem nadaje się u kobiet zresztą zdrowych i to wieloródek i przy zupełnie rozwartem ujściu, przy zwężeniach średniego stopnia. Przy braku jednego z tych warunków narażamy zawsze matkę lub płód na niebezpieczeństwo okaleczenia. Jak wykazuje statystyka Prof. Pinarda (46.249 porodów), ostatniemi laty najczęściej stosował on cięcie cesarskie zachowawcze. Jest to zabieg operacyjny, technicznie łatwy; zrobiony czysto i starannie nie naraża kobiety na krwawienie lub zakażenie, a wydobycie płodu nie napotyka na żadne trudności. Wskazanie do tego zabiegu dają, zdaniem Prof. Pinarda: 1) wszystkie przypadki znacznych ścieśnień; 2) wielka część przypadków zwężeń ograniczonych. Przy znacznych ścieśnieniach należy ze względu na dziecko robić cięcie cesarskie zaraz z rozpoczęciem się porodu. Przy zwężeniach ograniczonych Pinard również nie jest zwolennikiem zbytniej ufności w poród siłami przyrody, (co się czasem zdarza), gdyż przy wyczekiwaniu naraża się wiele matek i dzieci. W tych przypadkach, zdaniem P., przeciąganie się porodu przy niezupełnie rozwartem ujściu daje tak w interesie matki, jak i dziecka, wskazanie do cięcia cesarskiego zachowawczego. Również uważa je P. za wskazane w wielu przypadkach zagrażającego pęknięcia macicy. Długie trwanie porodu, pęknięcia pęcherza płodowego, odchodzenie smółki nie stanowią, zdaniem P., przeciwwskazania do tego zabiegu, a w razie objawów zakażenia należy robić operacyę Porry. Przy szyciu macicy, należy zeszyć bardzo starannie i dokładnie, ażeby uniknąć powikłań z tego powodu przy późniejszych ciążach i otrzymać dobre i silne zabliźnienie. Prof. Pinard uważa wreszcie cięcie cesarskie za zabieg, który w przyszłości będzie stanowił jedyną racyonalną metodę przy zwężeniach miednicy, które nie dadzą się przezwyciężyć samemi siłami przyrody. Również sądzi P., że operacyę tę powinien umieć wykonać każdy lekarz, nietylko w klinikach i zakładach, lecz i lekarz praktyczny, gdyż obecnie wszyscy lekarze powinni umieć przeprowadzić aseptykę tak przy porodzie samym, jak i przy ewentualnej operacyi.

Dr Stanisław Przybylski.

Ranvier. **O wydłużeniu obrzękowem polipowatem wargi przedniej, jako przeszkodzie porodowej.** (*L'Obstétrique*, Nr 4, 1908). Szyjka macicy przy porodzie może obrzęknąć w całości lub tylko jedna jej warga i to najczęściej przednia. Przychodzi wtedy do zwiększenia grubości wargi, co może stanowić ważną przeszkodę w postępowaniu porodu. Dosyć rzadką odmianą obrzęku jest t. zw. obrzęknięcie polipowate, spostrzegane zwłaszcza przy położeniu ciemieniowem. Dotyczy ono zawsze wargi przedniej i występuje: a) u pierwiastek, przy głębokiem wstawieniu się główki przed zupełnem rozwarciem się ujścia, wskutek czego warga przednia zostaje silnie uciśnięta pomiędzy główką a miednicą. Wielkość płodu nie zdaje się odgrywać roli usposabiającej, gdyż znany jest przypadek obrzęku polipowatego wargi przy porodzie przedwczesnym i to jeszcze przed pęknięciem pęcherza płodowego. Jedynym czynnikiem, który zdaje się tłómaczyć obrzęk wargi tego rodzaju u wieloródek, jest odgięcie główki, któremu sprzyja mniejsza oporność ścian macicy, będąca też często przyczyną braku zwrotu przy położeniu ciemieniowem. Obrzęk zaznacza się początkowo w środkowej części wargi uciśniętej, wydłużając ją dzióbowato, warga tylna albo zostaje na miejscu lub nawet cofa się w górę. Obrzękła warga przednia zstępuje przez pochwę coraz niżej i wkrótce sprawia wrażenie uszypułowanej, w kształcie polipa; w dalszym ciągu obrzęk może dochodzić do wielkości mandarynki, a nawet spostrzegano obrzęk wielkości główki płodu. W miarę powiększania się obrzęku ma on coraz większą dążność do usuwania się z pochwy, początkowo tylko podczas bolów, później i w przerwach między bolami. Obrzęk ten powstaje wskutek utrudnienia krążenia w naczyniach włosowatych żylnych wargi, które się pod nadmiarem krwi rozszerzają i mogą uledz pęknięciu, a wtedy powstają krwiaki, co nadaje wardze kolor siny, nieraz prawie czarny. Cechującem dla obrzęku polipowatego jest to, że spostrzega go się dopiero podczas samego porodu; natomiast przy ogólnym obrzęku szyjki, które niekiedy na pozór daje podobny obraz, obrzmienie zjawia się jeszcze przed wszczęciem się porodu, przytem wtedy poród jest niebolesny, ujście znajduje się mniej więcej w środku widocznego guza, a wszystkie sklepienia są utrzymane. Również przy dokładnem zbadaniu łatwo odróżnić ten obrzęk od wypadania macicy, polipów uszypułowanych, mięśniaków (powolny rozwój, brak bolów), oraz od wysuwającego się łożyska. Najlepsze rokowanie dla matki uzyskuje się przez wczesne rozpoznanie i postępowanie w każdym przypadku odpowiednio do nastręczających się wskazań. Czasem w miarę naprawienia się ustawienia główki, może w dalszym przebiegu porodu obrzęk ustąpić; rzadszem pomyślnem samorodnem zejściem jest jego oddzielenie się i odpadnięcie, w przeciwnym razie może dojść do wytworzenia się krwiaków wargi z ich następstwami, oraz do rozdarć szyjki. Rokowanie dla matki przy równoczesnym złym stanie ogólnym musi być stawiane z zastrzeżeniem (krwotoki z krwiaków). Co do dziecka, to póki pęcherz stoi, rokowanie jest dobre, w przeciwnym razie zależy ono od rodzaju i jakości bolów porodowych, rozszerzenia ujścia, oraz zastosowanego w razie danym zabiegu operacyjnego.

Ponieważ obrzęk ten może podczas porodu ustąpić, więc i postępowanie w różnych przypadkach jest różne. Wyczekiwanie jest czasem dobre, o ile się rodzącą bez przerwy nadzoruje, będąc każdej chwili gotowym do operacyi, gdyby zaszła tego potrzeba. Wyczekiwanie długie jest nieuzasadnione wobec tego, że obrzęk tego rodzaju rzadko sam ustępuje. Po pęknięciu pęcherza

będziemy się starali ewentualnie przyspieszyć wydalenie płodu, czy to rozszerzając ujście, czy też przez założenie kleszczy, o ile będą odpowiednie warunki. Do wycięcia guza należy się uciekać tylko w ostateczności i to u pierwiastek, kiedy rozmiary guza nie pozwolą na inny zabieg. U wieloródek starać się należy o rozszerzenie ujścia i to lepiej oburęcznie sposobem Bonnaira, niż narzędziami. Rozszerzywszy ujście, należy starać się o dokonanie zwrotu główki, przyczem jej zgięcie zwykle samo się dokonuje. Przy zwrocie prawidłowym zawsze, przy nieprawidłowym po nieudaniu się zwrócenia główki, należy odprowadzić obrzękłą wargę. Ugniatając podczas bolu dwoma palcami obrzękłą wargę, przeszkadzamy dalszemu jej spychaniu, a przytem staramy się zmniejszyć i niejako rozmiesić jej obrzęk, poczem w przerwach między bolami cofamy ją poza główkę. Czasem można to samo osiągnąć nacięciami szyi, przez co zmniejszamy obrzęk, jednak równocześnie otwieramy wrota drobnoustrojom, dlatego też do tego zabiegu uciekamy się tylko w ostateczności. Jeżeli odprowadzenie nie udaje się, a płód cierpi z powodu przeciągającego się porodu, należy ukończyć poród kleszczami lub obrotem. Kleszcze są wskazane, o ile główka dostatecznie już się w miednicę wstawiła. Przy kleszczach łatwo pęka szyja, dlategoteż radzi Tarnier przytrzymywać podczas zabiegu szyjkę ręką.

Po porodzie guz wargi powoli zmniejsza się i ustępuje w 9—11 dni zupełnie, może jednak pozostać i dłużej. O ile nie ma szczególnego wskazania do usunięcia obrzękłej wargi, lepiej czekać, tembardziej, że później i warunki dla operacyi są korzystniejsze. Zdanie to podziela i Blat i radzi czekać przynajmniej 2—3 miesięcy. Operacya usunięcia wargi przerosłej, jako taka, nie przedstawia zresztą trudności technicznych.

Dr Stanisław Przybylski.

Zapiski lecznicze, nowe leki i narzędzia.

Nowe środki, podane w ostatnich czasach:

1) Aperitol (valeryl-acetyl-fenolftaleina), łagodny środek przeczyszczający.
2) Arsacetin, połączenie acetylowe atoksylu.
3) Digipuratum, składnik naparstnicy (liści).
4) Diplosal, salicylowy ester kwasu salicylowego.
5) Eglatol, mieszanina antypiryny, wodnika chloralu, kofeiny, uretanu i mentolu.
6) Eucerinum, zaróbka do maści, składająca się z oksycholestearyny i parafiny.
7) Eulaxans (fenolftaleina + *natr. hydrooxyd.*).
8) Indoform (przetwór salicylu ze śladami formaldehydu).
9) Kephaldol, mieszanina fenacetyny, salicylu, kwasu cytrynowego i chininy.
10) Laxaphen, syrup fenolftaleiny.
11) Liniferrin (lecytyna, żelazo, koniak).
12) Linoval, zaróbka do maści (lotne kwasy tłuszczowe oleju lnianego, zobojętnione amoniakiem z dodatkiem waseliny i olejku lawandy).
13) Lipotin (balsam peruwiański i tlenek rtęci).
14) Medinal (sól sodowa kwasu dietylbarbiturowego).
15) Morbicid (żywiczno-mydlany rozczyn z formaliną).
16) Plejopyrin (benzamid + fenyldimetylpyrazolon).
17) Pyrojodon (przetwór pyramidonu z jodem).
18) Uriseptin (heksametylentetramin + litiumbenzoat). *K.*

Thiozon, nowy przetwór siarki, poleca Nagelschmidt w postaci maści przeciw świerzbowi (10%) i do kąpieli (50 grm na wannę). Przetwór ten działa silnie, a nie wydaje nieprzyjemnej woni siarki. *A.*

Tuberkulina zaraz po krwotoku płucnym jest według Kraemera wskazana jako środek, zapobiegający następnym krwawieniom. (*Wiener med. Wochs.* Nr 39—40). *A.*

Leczenie oliwą chorób żołądka, a zwłaszcza wrzodu, zaleca Rütimeyer. Oliwa łagodzi bole, przyspiesza oddawanie stolca, jest środkiem odżywczym i usuwa nadmierną kwaśność. (*Kor. f. sch. Aerzte* Nr 20). *A.*

Ostre zapalenie gruczołu tarczowego przy używaniu jodu, powtarzające się przy każdem ponownem użyciu tego środka, spostrzegał Schuetz. (*Wiener med. Wochs.* Nr 35). *A.*

W dychawicy spostrzegał Moeller dobre wyniki lecznicze przy podaniu »jodglidine« w ilości do 8 tabletek dziennie (każda zawiera 0,059 jodu). (*Ther. d. Geg.* Nr 6). *A.*

Przeciw ostremu nieżytowi nosa, jako środek bardzo pewny, poleca Dibailow estoral. Środek ten, zetknąwszy się z błoną śluzową, rozpada się na mentol i kwas borowy. Podaje się go 2—3 razy dziennie jako proszek na wacie. *K.*

Przy porażeniach twarzy, jeżeli już żadne środki nie pomagają, stosuje Gomoin w miejsce plastyki nerwu twarzowego nowy sposób, polegający na plastyce mięśniowej. Z przedniego brzegu mięśnia mostkowo-obojczykowo-sutkowego tworzy G. płat, który podskórnie przesuwa aż do kąta ust, gdzie go umocowuje. Przez to uzyska się zawsze choć poprawę. *A.*

W leczeniu trądzika stosuje Unna następujące środki: 1) Tak zwany *pulvis cutifricius* (ewentualnie z dodatkiem siarki) o składzie: Rp. *Marmor. pulveris grossi, Sapon. medic. pulv.* aa. 2) Mydło sodowo-utlenione (Natronsuperoxyd). 3) Pastę siarkową: Rp. *Lycopodii cuticolor 5,0, Sulph. praecip. 2,0, Eucerini ad 20,0, m. f. pasta,* ewentualnie z dodatkiem cynku. Rp. *Lycopod. cutic., Sulph. praecip. aa 2,5, Zinc. oxyd. 5,0, Eucerini ad 25,0, m. f. pasta.* W postaciach lekkich usuwa się wągry (*comedones*), a na noc poleca pastę siarkową; w przypadkach cięższych oprócz tego mydło sodowo-utlenione, a w ciężkich n. p. przy ropniach, leczy się ropnie chirurgicznie, a potem stosuje *pulvis cutifricinus* lub mydło. Prócz tego wewnętrznie: dyeta, arszenik lub drożdże. (*Med. Klin.* Nr 46). *K.*

Wodę utlenioną przy szczelinach odbytu poleca Negrescu w postaci okładów i przemywań. Środek ten usuwa także swędzenie. *A.*

Zatrucie bizmutem spostrzegał Eggenberger u 7-letniego chłopca po wstrzyknięciu do ropnia zimnego, wychodzącego z kręgów, 30 grm bizmutwaseliny podług Becka. (*Zblt. f. Chir.* Nr 43). *A.*

Stosowanie skopolaminy z morfiną przy porodach nie wpływa zdaniem G. Matvéeffa na zwolnienie przebiegu, owszem go przyspiesza, czyniąc skurcze wydatniejszymi. Bole zmniejszają się lub ich niema. U matek nie spostrzeżono jakichkolwiek powikłań. Dzieci czasem rodzą się uśpione, po pewnym jednak czasie same się budzą i są zupełnie zdrowe. *Dr Przybylski.*

Wziernik ssawkowy, bardzo wygodny, podał Schindler z Berlina. Wziernik ten ma kształt zwykłego wziernika; do ssania zakłada się na koniec zewnętrzny odpowiednią klapkę. *A.*

Prątki durowe, jak stwierdzili Galvagno i Colderini, zachowują żywotność w miejscach ustępowych do miesiąca.

Nawet zupełnie zwapniałe ogniska gruźlicze płuc mogą zawierać żywotne prątki; stwierdził to Lubarsch w swych doświadczeniach na świnkach morskich. (*D. m. W.* Nr 45). *K.*

Śródskórny odczyn tuberkulinowy polecają Moussu i Mantoux. Wypróbowali oni ten odczyn u zwierząt (krów), wstrzykując śródskórnie (a nie podskórnie) 1 cg tuberkuliny. Odczyn ten nie wywołuje podniesienia ciepłoty, jest pewny i nie bywa powodem omyłek, jak odczyn skórny lub oczny. Próby u ludzi wypadły także korzystnie (dawki oczywiście stosownie mniejsze). *A.*

Śmiertelność z raka podnosi się według Doyena (referat na 21. Zjeździe chirurgów francuzkich) stale; od roku 1880 podniosła się o 20—30%. Najczęstszym jest rak przewodu pokarmowego (58%, z tego żołądka 45%), potem macicy (15%), sutka (12%). *A.*

Klimat morza północnego i Bałtyku nadaje się według Henniga w początkach gruźlicy płuc, natomiast w okresach późniejszych jest przeciwwskazany. Zwłaszcza powinno się, zdaniem H., wysyłać nad morze północne chorych na niedokrwistość i błednicę z powikłaniem gruźliczem. Uzdrowiska nadbałtyckie nadają się więcej dla osób wątłych, zaś morza północnego dla silnie zbudowanych. *A.*

Celem zapobiegania chorobom, przez owady przenoszonym, podaje Sofer (*Th. Monatsh. 10*) następujące rady: 1) *Ornithodorus monbata* (przenosiciel afrykańskiego duru powrotnego). Uważać należy, by w nocy nie zbliżać się na 20—30 metrów do miejsc, gdzie owad ten żyje. 2) Widlisz (*anopheles*, przenosiciel zimnicy). Larwy siedzą na powierzchni wody. Niszczy się je, lejąc na wodę naftę lub zapomocą ryb (zwłaszcza tak zwane »miliony«). W zimie samiczki widlisza siedzą na ścianach piwnic, stajni, strychów i t. p., skąd usuwa się je płomieniem spirytusowym. 3) *Stegomya fasciata* i *Culex fatigans* (żółta febra). Zasłanianie okien siatkami, kadzenie proszkiem *pyrethrum.* 4) *Glossina* (śpiączka). Mieszkanie zdala od bagien, niszczenie kroko-

dyli, koni nilowych, nosorożców i t. p. (Koch). 5) Pchła szczura (dżuma). Tępienie szczurów. *A.*

Parabiozę, t. j. współżycie operacyjnie połączonych dwóch zwierząt według Sauerbrucha i Heydego, udaje się utrzymać u królików jedynie przez łączenie zwierząt tej samej płci. Obecnie patolog, Prof. Morpurgo donosi, że udało mu się łączyć operacyjnie i utrzymać przy życiu białe szczury także różnej płci. Zwierzęta żyją wspólnie już od 3 miesięcy; zmian w zewnętrznych częściach płciowych nie zauważono. Jak to już zauważyli S. i H., niekiedy zwierzęta z tego samego miotu rosną nieregularnie, a mianowicie silniejsze rozwija się szybciej kosztem słabszego. (*Münch. m. W.* Nr 47). *A.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo naukowe warszawskie.
(Wydział matematyczno-przyrodniczy).
Posiedzenie w dniu 4. czerwca 1908.

1) E. Przewoski. **Przyczynek do zapalenia włóknikowego.**

W dyskusyi zapytuje Wł Janowski o wpływ, jaki ma na powstawanie ew. rozpadanie się włóknika rodzaj białych ciałek, które podrażnioną tkankę infiltrują, a J. Eismond, czy i o ile prelegent uważa »napęcznienie« komórek przy jednoczesnych objawach mitozy w tkankach, objętych zapaleniem, za stan patologiczny; wiadomo bowiem, że komórki podczas mitozy przy zupełnie prawidłowych warunkach, przybierają postać napiętych pęcherzy. — Przewoski zaznacza w odpowiedzi, że mówiąc o napęcznieniu komórek, stwierdził tylko, jak było przy zapaleniach, ale nie mógł niczego zaliczać bezwzględnie do zjawisk patologicznych. Co do stosunku tworzenia się włóknika do leukocytów, to włóknik wytwarzał się obficiej tam, gdzie leukocyty więcej ulegały zmianom. Dokoła ropni wytwarzała się sfera zapalenia włóknikowego, a w miarę powiększania się ropnia sfera ta rozszerzała się; nastąpić to mogło tylko pod wpływem proteolitycznego działania leukocytów.

2) J. Sosnowski. **Badania nad zmianami przewodnictwa nerwów w stanie czynnym.** Znamy obecnie trzy kategorye zjawisk, zachodzących w nerwie czynnym: 1) wahanie wsteczne prądu spoczynkowego, 2) wahanie wsteczne prądów elektrotonicznych i 3) zmiana oporu, bądź rzeczywista, bądź wywołana przez wystąpienie w nerwie sił elektrobodźczych, jak sądzi Hermann. Z pomiędzy wszystkich tych zjawisk jedynie pierwsze było dość szeroko badane, o drugich znajdujemy tylko wzmianki sporadyczne. Cel pracy polegał na zbadaniu zależności między natężeniem podniety a wielkością odpowiedniej zmiany, zachodzącej w nerwie. Nie posiadając aparatów fotograficznych rejestrujących, musiał S. ograniczyć się do podniet tężcowych, przytem dotychczas jedynie elektrycznych. Po szeregu prób wybrał urządzenie następujące: prąd od akumulatora prowadził przez reokord i odpowiednio zmodyfikowany przerywacz Bernsteina, który był wprawiany w ruch przez inne źródło prądu. Od jednego z końców reokordu i od kontaktu ruchomego prowadził S. druty przez nerw do kondensatora, którego pojemność wynosiła 0.05 M. F. Przy każdem zamknięciu prądu kondensator ładował się przez nerw, a przy otwarciu wyładowywał. W doświadczeniach dotychczasowych używał S. zawsze 50 przerw na sekundę. W tych warunkach przy użyciu *kernleitera* i przy wyładowaniach bardzo silnych (kondensator połączony z obu końcami reokordu), widział S. w galwanometrze strunowym tylko wahania drobne nici, bez stałego odchylenia. Sądzi przeto, że w nerwie wszelkie widziane odchylenia wywołane są przez zmiany w nim zachodzące, a nie przez prądy elektrotoniczne. Opór mierzono w mostku Wheatstona, wahania wsteczne i prądy elektrotoniczne—metodą kompensacyi. Doświadczeń czynił S. całe szeregi z rezultatem podobnym. Wszędzie i zawsze zmiana oporu jest najmniejsza, a zmiana prądów elektrotonicznych występuje najsilniej.

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.
Posiedzenie z d. 7 października 1908 r.

Przewodniczący kol. Ks. Jasiński, sekretarz kol. Sonnenberg. Obecnych 30 członków.

1) Kol. J. Saks przedstawia dwie operowane, u których dokonane zostało **cięcie cesarskie z powodu wskazania bezwzględnego.** Pierwsza, słusznego wzrostu, pierwiastka, dostała silnych bólów porodowych w drodze (na dworcu kolei). Przywieziono ją do szpitala, gdzie przy badaniu stwierdzono bezwzględne zwężenie miednicy, sprzężna przekątna 6,5 (sprzężną prawdziwą szacowano na niecałe 5 cm.). Przy operacyi okazała się ciąża bliźniacza: pierwszy płód słabo rozwinięty zmarł drugiego dnia, drugi zaś płód, stosunkowo dobrze rozwinięty, zmarł w dwa tygodnie w domu z przyczyny bliżej nieznanej. Okres pooperacyjny bardzo pomyślny. Chora ta jest dotknięta pewnem zboczeniem, a mianowicie ma podwójną pochwę i podwójną szyjkę macicy przy trzonie macicy pojedynczym. Szczegóły bliższe o tym przypadku i następnym i szereg uwag zamierza kol. S. przedstawić Towarzystwu w osobnym odczycie.

Druga chora, 21 lat licząca, niezwykle nizkiego wzrostu (128 cm), rodziła po raz pierwszy i przywieziona została do szpitala przez pogotowie ratunkowe, z polecenia kol. Ginsburga, w stanie nieprzytomnym z powodu rzucawki. Wobec znacznego zwężenia miednicy (sprzężna 6,5) dokonano cięcia cesarskiego i otrzymano żywy płód płci żeńskiej. Okres pooperacyjny naogół bardzo pomyślny i po dwóch tygodniach operowana opuściła szpital w stanie zdrowia pomyślnym. (Streszczenie własne).

2) Kol. Pieniążek przedstawił 10-letniego chłopca, który przed czterema laty chorował na płonicę, a przed 2 laty na oczy (miąższowe zapalenie rogówki). Choroba trwała cały rok. Od roku zauważono utrudniony oddech, zwłaszcza w nocy i zmianę dźwięku mowy (nosowa). Od 3 miesięcy chory nie sypia z powodu silnej duszności. Z rodzeństwa 2 żyjących i naogół zdrowych, jedno umarło. Chory wątły, niedokrwisty, innych zmian nie ma. Przy badaniu nosa obrzęk małżowin dolnych, obecność śluzowej obfitej wydzieliny, której chory wydmuchać nie może. Wdech przez nos utrudniony, wydech zupełnie niemożliwy. W gardle następujące zmiany: Podniebienie twarde prawidłowe, języczek swobodnie zwisa, przednie łuki również. Migdałki powiększone z silnie rozwiniętemi kryptami; łuki tylne widoczne tylko w górnej części, przyrośnięte dość symetrycznie do tylnej ściany gardła. Poza języczkiem pozostaje otwór do jamy nosowo-gardłowej, który przepuszcza zaledwie miękki cewnik. Mamy przed sobą **zrost** symetryczny niezupełny **podniebienia miękkiego z tylną ścianą gardła.** Etyologia: prawdopodobnie kiła dziedziczna, na co wskazuje miąższowe zapalenie rogówki. Rokowanie mało pomyślne ze względu na skłonność do nowych zrostów. Leczenie — operacyjne z krwawem oddzieleniem podniebienia od tylnej ściany i systematycznem oddzielaniem zapomocą bądź tamponów, bądź rurki kauczukowej (metoda Heyman-Schneidt-Hajek). Nowy sposób operacyi plastycznej: wyzyskanie języczka lub błony śluzowej podniebienia. (Streszczenie własne).

3) Kol. Goldberg przedstawił chorą, opisaną przez niego w Nrze 7. i 8. »Czasopisma« 1908 r. Przypadek ten ciekawy jest ze względu na wyrównanie się skrócenia, które wynosiło 5 cm i na zupełną czynnościową sprawność kończyny bez względu na blizny podłużne i poprzeczne na goleni z przyczyny głębokich zacieków ropnych.

4) Kol. Grabowski przedstawił przypadek **ropnia mózgu u dziecka** z dobrym wynikiem po operacyi. Dn. 7. IX. przybyła do szpitala św. Aleksandra Halinka K., 4-letnia, z objawami ropnego zapalenia prawego wyrostka sutkowego. Kol. Goldberg wykonał cięcie i opróżnił ropień; na drugi zaś dzień (8. IX) kol. G. w asystencyi kol. Grabowskiego dokonał operacyi doszczętnej na prawym wyrostku. Gorączka opadła i przebieg pooperacyjny był prawidłowy do 15. IX. W tym dniu nagle zjawiły się drgawki ogólne i następnie bezwład zupełny lewej połowy twarzy, lewej ręki i lewej nogi. 16. IX. chorą przyjęto do szpitala (gdyż leczona była ambulatoryjnie). Rozpoznano ropień mózgu i kol. Grabowski natychmiast przystąpił do operacyi. Po usunięciu około 4—6 cm kości ku górze, poczynając od jamy po operacyi doszczętnej, przy nakłuciu w okolicy zrazu skroniowego na głębokości 2 cm otrzymano ropę. Po rozszerzeniu rany nożem założono sączek gumowy. Ropy wypłynęło około 30 cm^3. Już na stole operacyjnym znikły objawy bezwładu: twarz się wyprostowała, chora zaczęła poruszać lewą rączką. Koło rany zauważono podejrzane zaczerwienienie. Następnego dnia wróciły ruchy w nóżce, a na prawej połowie twarzy i głowy wystąpiły wyraźne objawy róży. Róża ta ciągnęła się z górą 3 tygodnie, chora gorączkowała (39,5—39,9°). Obecnie od tygodnia ciepłota jest prawidłowa, rana wygląda dobrze, z otworku ropnia wciąż wydziela się jeszcze w nieznacznej ilości ropa i jama ropnia jest jeszcze przynajmniej wielkości orzecha laskowego, co można wnosić z ilości gazy, która przy osuszaniu wchodzi do jamy. Objawy niedowładu całkiem ustąpiły. Pozostawiając

sobie omówienie przypadku do odczytu o kilku ropniach mózgu, operowanych przez siebie, kol. Grabowski przedstawia chorą ze względu na dobry wynik operacyi pomimo ciężkiego przebiegu i powikłania różą. (Streszczenie własne).

5) Kol. Przewodniczący odczytał projekt, dotyczący uzupełnienia regulaminu Tow. lek. rozdziałem »O sekcyach Towarzystwa«, a ułożony przez komisyę, w której skład weszło dwóch członków zarządu (kol. Jasiński i kol. Sonnenberg) oraz 5 członków z łona Towarzystwa (koledzy: Brudziński, Pinkus, Sachs, Kaufman i Schoenaich). Po ożywionej dyskusyi nad niektórymi punktami projekt uchwalono. W dyskusyi uczestniczyli koledzy: K. Jasiński, Sachs, Pieniążek, Kaufman, Birencweig, Wisłocki, Koliński, Brudziński i Pinkus.

6) Odczytano **komunikat Delegacyi stałej Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich w sprawie szpitalnego leczenia wczesnych okresów gruźlicy** i tworzenia osobnych oddziałów w szpitalach istniejących, oraz w sprawie przedstawienia na następnym zjeździe **statystyki gruźlicy** wedle uchwały IX Zjazdu. Sprawą tą obiecał się bliżej zająć kol. S. Sterling.

7) Kol. Handelsman zawiadomił, że komisya, wybrana z łona Towarzystwa w celu obmyślenia projektu udziału naszego Towarzystwa w obchodzie jubileuszowym na cześć Świętochowskiego, postanowiła wysłać na uroczystość jubileuszową 3 delegatów z pośród członków Towarzystwa z adresem do Świętochowskiego, oraz przeznaczyć rb. 25 na rzecz szkoły imienia Jubilata. Po przeczytaniu przez kol. Handelsmana treści adresu, wybrano jako delegatów na wymienioną uroczystość kolegów: Handelsmana, Skalskiego i Gutentaga.

Sekretarz: *Sonnenberg*.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska ogłasza następujące

Ostrzeżenie.

Sekcya jarosławska Tow. lekarzy galicyjskich na posiedzeniu d. 21 grudnia 1908 r., uchwaliła jednogłośnie, abyżaden z członków Sekcyi nie przyjął posady lekarza w powiatowej kasie chorych w Jarosławiu, zajmowanej dotychczas przez Dra Haendla, któremu posadę tę bez przyczyny wypowiedziano, ani też posady lekarza powiatowej kasy chorych w Przeworsku aż do rozstrzygnięcia sprawy przez Izbę lekarską.

Zatwierdzając powyższe uchwały Sekcyij arosławskiej, Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej wzywa P. P. Kolegów, aby, bez poprzedniego porozumienia się z Izbą lekarską, o te posady się nie ubiegali, ani ich nie przyjmowali.

Dr Ackerman m. p. *Dr Schoengut* m. p.

Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej, uchwalił na posiedzeniu w dniu 22. XII 1908 taryfę za porady lekarskie dla członków kasy chorych kupców w Wiedniu, chwilowo lub stale w Krakowie przebywających, a mianowicie: za każdą poradę w domu lekarza 2 korony, za każdą wizytę lekarza w domu pacyenta 4 korony, za wizytę nocną co najmniej 6 koron. Izba lekarska prosi lekarzy krakowskich, by się zastosowali do niniejszej taryfy. Prezydent: *Dr Schoengut*.

Państwowy Związek organizacyi lekarskich austryackich ogłasza odezwę, w której zwraca uwagę na to, że projekt ustawy o powszechnem ubezpieczeniu odesłany został w parlamencie bez pierwszego czytania do komisyi, złożonej z 52 członków. Prezydyum Związku zwraca się do wszystkich organizacyi i wszystkich lekarzy z prośbą, aby w czasie feryi parlamentarnych starali się koniecznie zjednać członków komisyi dla słusznych żądań lekarzy. Głos każdego z członków komisyi ma bardzo wielką wagę. U rządu zdołał Związek uzyskać znaczne dla lekarzy ustępstwa; obecnie nadszedł czas, aby usposobić czynnik tak ważny, jak komisya parlamentarna, dla lekarzy przychylnie. Jeżeli to się powiedzie, to w parlamencie zadanie będzie już łatwiejsze, bo tam głos większości komisyi przeważy. Wobec tego, że zagraża niebezpieczeństwo, iż projekt rządowy ulegnie zmianom, dla lekarzy szkodliwym, należy wytężyć wszystkie siły, aby do tego nie dopuścić. Prezydyum Związku ogłasza więc nazwiska członków komisyi parlamentarnej, by organizacye i lekarze mogli rozpocząć stosowną akcyę. Z Galicyi należą do komisyi: z Koła polskiego posłowie: Battaglia, Biały, Buzek, Górski, Kolischer, X. Stojałowski, X. Zyguliński; z Klubu ukraińskiego posłowie: Budzynowski, Oleśnicki.

Za prezydyum Związku: *Dr Adolf Gruss*.

Ustawę emerytalną dla lekarzy okręgowych ogłasza w tekście, uchwalonym przez Sejm, »Głos lekarzy« (Nr 23 i 24). Okazuje się, że pierwotny projekt, pominąwszy drobne szczegóły bez donioślejszego znaczenia praktycznego, zmienił Sejm na korzyść lekarzy właściwie tylko w trzech punktach: 1) przyznając, zgodnie z żądaniem Izb lekarskich, pełną emeryturę po 35 latach służby w wysokości ostatniej płacy (a nie, jak w projekcie, w wysokości 1000 K); 2) uwzględniając (w § 16 ustęp III) zaopatrzenie sierot bez ojca i matki; 3) przyznając zastosowanie ustawy do lekarzy, którzy w dniu nominacyi przekroczyli 40. rok życia, ale tylko wyjątkowo, jeżeli lekarz nie przekroczył 46. roku życia i uzyskał od Sejmu »veniam aetatis«. Zresztą zaś nie uwzględnił Sejm ani jednego z ważnych punktów, przedstawionych przez Izby (por. »Przegląd lek.«, 1908, Nr 45, str. 578), a więc: 1) lekarz okręgowy niema prawa do emerytury z funduszu krajowego, jeżeli jest ubezpieczony w innym funduszu; 2) do pełnej emerytury daje prawo dopiero 35 lat służby; 3) prawo do emerytury zyskuje się dopiero po służbie conajmniej pięcioletniej; 4) lekarz może być przeniesiony w czasowy stan spoczynku w razie zwinięcia zajmowanej przezeń posady lub ze »względów służbowych« (bliżej nieokreślonych!). *R.*

Organizacya sanitarna na Węgrzech została zreformowana przez ustawę o lekarzach okręgowych i gminnych, zatwierdzoną w lecie r. z. Z ustawy tej godzi się przytoczyć kilka szczegółów dla porównania z naszymi stosunkami (Österr. Sanitätsw. 1908, Nr 45). Każda miejscowość, mająca ponad 5000 mieszkańców, lub będąca siedzibą władz komitatowych, musi mieć lekarza gminnego. Miejscowości mniejsze przydzielone zostają do odpowiednich okręgów sanitarnych. Płaca zasadnicza lekarzy gminnych i okręgowych wynosi 1600 K. rocznie, a gdzie jest kilku lekarzy gminnych, — 1400 K.; każdy lekarz otrzymuje 4, do emerytury wliczalne pięciolecia po 200 K. — Gdzie lekarz przy takiej płacy nie może się odpowiednio utrzymać, tam otrzymuje on dodatek miejscowy (do wysokości 1200 K.); gdy i to »z powodu braku dochodów ubocznych« nie wystarcza, otrzymuje lekarz jeszcze stosowny dodatek. Prócz tego otrzymują lekarze dodatek na mieszkanie; gdzie niema stosownego mieszkania dla lekarza, może być gmina z urzędu zniewolona do wybudowania odpowiedniego mieszkania. Płace i dodatki otrzymują lekarze za pośrednictwem kas państwowych (urzędów podatkowych). Gmina ma dostarczyć lekarzowi lokalu ordynacyjnego. Do urzędowych peryodycznych wyjazdów, ordynacyi, szczepienia krowianki ma gmina przy odległościach ponad 2 klm. dostarczyć lekarzowi podwody lub odpowiedniej na nią kwoty. Każdy lekarz ma prawo do corocznego 3-tygodniowego urlopu, a wiceżupan zarządza na ten czas zastępstwo. Lekarz gminny jest członkiem zarządu gminnego. Przed wytoczeniem postępowania dyscyplinarnego lekarzowi gminnemu lub okręgowemu musi być zasięgnięta opinia lekarza powiatowego. *R.*

Pokrzywdzenie lekarzy sądowych we Lwowie. Wskutek reskryptu ministerstwa sprawiedliwości, zwracającego uwagę, że należytości, przyznawane psychiatrom lwowskim za badania osób w sprawach karnych, są znacznie wyższe, niż w Wiedniu, prezydyum sądu kraj. wyższego we Lwowie zarządziło w maju b. r., by nadal wypłacano tym znawcom tylko po 10—40 koron za badanie stanu umysłowego wraz z wywodem i orzeczeniem, a to bez względu na to, czy badanie odbyło się jednorazowo, czy też więcej razy było powtarzane. Istotnie od tej pory tylko w bardzo wyjątkowych wypadkach otrzymywali znawcy psychiatrzy w drodze rekursu wyższe wynagrodzenie, jakkolwiek do maja 1908 r. od lat kilkunastu wynosiło ono przeciętnie po 150 koron. Wskutek tych nowych praktyk znawcy psychiatrzy we Lwowie, mianowicie Dr Chomin, Dr Kohlberger, Dr St. Kruszyński, Dr Maleszewski, Dr Sawicki, Prof. Sieradzki, Dr Świtalski i Dr Zagórski odnieśli się do Izby lekarskiej, oświadczając z góry, że poddadzą się solidarnie orzeczeniu Izby, że za niższe od minimalnej normy wynagrodzenie badań podejmować nie będą, a w danym razie gotowi zrzec się zupełnie stanowiska znawców-psychiatrów przy lwowskim sądzie karnym krajowym. — Izba lekarska uznała zażalenie znawców za zupełnie uzasadnione i orzekła, że wynagrodzenia, obecnie przez sąd przyznawane, nie odpowiadając żadną miarą nakładowi ich pracy i wiedzy, stoją w rażącej sprzeczności ze stosunkami zarobkowymi wszystkich wolnych zawodów i warunkami ekonomicznymi życia w do-

bie obecnej i że należy je uważać za ubliżające stanowi lekarskiemu wogóle.

W obecnem obniżeniu tych należytości widzi Izba krzywdzące ukrócenie praw, oddawna nabytych. Jako minimum wynagrodzenia oznacza Izba 10 koron za każdą godzinę, zużytą na badanie, oraz za każdy arkusz wywodu i orzeczenia.

Orzeczenie Izby przesłano prezydyum sądów krajowych we Lwowie, ministerstwu sprawiedliwości, lekarzom, będącym posłami do Rady Państwa, Wydziałowi wykonawczemu Izb lekarskich, wszystkim Izbom lekarskim w państwie, a nadto ma być opublikowane w pismach lekarskich. *R.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 20. do 26. XII. 1908 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bóbrka (Brzozdowce 3), Jaworów (Kobylnica ruska 2), Kołomyja (Słobódka polna 14, Chomiakówka 2), Lisko (Krzywe ad Tworylne 2), Stryj (Orawczyk 2); ospy pow. Brody (Popowce 4. zawleczone z Rosyi). *Dr T.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 20. do 26. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 3 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 4, płonicy 4 † 1 (2 † 1), odry 30 † 2 (1 † —), duru brzusznego — (— † 1), gorączki połogowej 1 † 2 (— † 1). *Dr Sch.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 20. do 26. XII. 1908 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 1 (w tem obcych 1 † —), krztuśca 1 † 1 (1 † 1), płonicy 22 † 2 (1 † —), odry 4, duru brzusznego 4. *Dr Legeżyński.*

I. Zjazd internistów polskich.

Myśl, rzucona na X. Zjeździe przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie, aby urządzać Zjazdy internistów polskich, znalazła należyty oddźwięk we wszystkich sferach lekarzy polskich, a grono inicyatorów w porozumieniu z lekarzami innych dzielnic postanowiło, aby pierwszy Zjazd odbył się w Krakowie.

W celu tym zawiązał się komitet organizacyjny w Krakowie, który obecnie dokłada starań, by ten pierwszy Zjazd zgromadził jak największą liczbę uczestników i był zarazem oznaką zewnętrzną, że nauka polskiej medycyny postępuje naprzód.

Zwracamy się do wszystkich Kolegów, tak internistów, jakoteż tych, którzy stoją w łączności z medycyną wewnętrzną, by wzięli w Zjeździe, nietylko udział osobisty, lecz także przez zgłaszanie odczytów i demonstracyi dali podstawę do obrad tego Zjazdu, a temsamem do ustalenia dorobku nauki polskiej. Tem goręcej odzywamy się do Kolegów, zapraszając do jaknajliczniejszego przybycia, że jest to Zjazd pierwszy, którego powodzenie rozstrzygnie o losie Zjazdów przyszłych, tak nam w obecnej dobie potrzebnych.

Odczuwamy w całej pełni ważność obowiązku i trudu, włożonego na nasze barki, tembardziej, że nie mamy już wiele czasu, potrzebnego do przygotowań; to też będziemy się usilnie starać sprostać naszym zadaniom w nadziei, że doznamy poparcia ze strony wszystkich naszych Kolegów lekarzy i że nasze wspólne usiłowania przyczynią się do rozwoju medycyny polskiej i wyjdą na dobro naszego społeczeństwa. Uczestnicy Zjazdu mogą być przekonani, że choć nie czeka ich tu przyjęcie wspaniałe, lecz za to serdeczne i braterskie.

Na razie ogłaszamy ogólny program Zjazdu, a dalsze szczegóły podamy jeszcze później.

Zjazd odbędzie się w dniach 19. i 20. lipca 1909 r. w Krakowie; w razie niewyczerpania materyału, posiedzenia odbywać się będą jeszcze w dniu 21. lipca.

Dnia 19. lipca rano: Referat główny: »Zapobieganie i leczenie gruźlicy płuc«. Dr K. Rzętkowski (Warszawa) i Dr J. Brudziński (Łódź). Dyskusya.

Popołudniu: zgłoszone odczyty.

Dnia 20. lipca rano: Referat główny: »O fizyologicznem i leczniczem działaniu radu«. Prof. Dr K. Klecki (Kraków). Referat ten poprzedzi wykład Prof. Dra L. Brunera (Kraków): »O fizycznych i chemicznych własnościach radu«. — Dyskusya.

Popołudniu: zgłoszone odczyty.

Odczyt może trwać najwyżej 20 minut, a przemówienie w dyskusyi 5 minut.

Zgłoszenia odczytów i demonstracyi[1]) przyjmuje Biuro Zjazdu do dnia 1 czerwca 1909; prace zgłoszone później, a mianowicie najdalej do dnia 15 czerwca 1909 oznaczone zostaną w programie gwiazdką i mogą z braku czasu odpaść z porządku dziennego.

Nie przyjmuje się tak zwanych »tematów zastrzeżonych«.

Do dnia 15 czerwca ma każdy Prelegent przysłać do Biura Zjazdu krótkie streszczenie ze zgłoszonego odczytu.

Wkładka dla Uczestników Zjazdu wynosi 20 K. Wkładki przyjmuje skarbnik Zjazdu Doc. Dr E. Mięsowicz. — Klinika medyczna, Kopernika 15.

Zgłoszenia i odczyty przyjmuje i wszelkich informacyi udziela sekretarz Zjazdu Dr B. Korolewicz w Krakowie, Kopernika 15.

Bliższe szczegóły co do programu, pomieszczenia Uczestników itd. ogłoszone zostaną w czerwcu 1909.

Szanowne Redakcye czasopism polskich upraszа się o powtórzenie niniejszej odezwy.

Biuro Zjazdu: Klinika medyczna, ul. Kopernika 15.

W Krakowie, d. 1 stycznia 1909.

Prof. Dr W. Jaworski. Przewodniczący komitetu. — *Dr B. Korolewicz.* Sekretarz Zjazdu.

Dr A. Kwaśnicki, Zastępca przewodniczącego. — *Doc. Dr E. Mięsowicz.* Skarbnik Zjazdu.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków (Deutsche mediz. Wochenschrift); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.). Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica), Doc Dr E. Kowalski, Lwów, Romanowicza 20, (Monatsschrift f. d. phys-diät. Heilmethoden); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Wiedeń XVII/2, Zwerngasse 18 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franciszek Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie); z okulistyki: Dr St. Lewicki Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« upraszа Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

---

[1]) Chorzy przeznaczeni do demonstracyi zostaną umieszczeni w klinice medycznej.

Na napływające do nas od wielu kolegów zapytania pospieszamy wyjaśnić, że prawo odbierania »Nowin lekarskich« za dopłatą 10 koron rocznie mają także ci koledzy, którzy odbierają »Przegląd lekarski« jako członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich, o ile zgłoszą życzenie odbierania «Nowin« i nadeślą wspomnianą kwotę wprost do administracyi »Przeglądu lekarskiego« (Kraków, Dunajewskiego 2).

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galic. zajmował się na posiedzeniu 22 grudnia 1908 następującemi sprawami: 1) W sprawie Dra H., lekarza kasy chorych w J., uchwalono odpowiedzieć, że jeśli lekarze w J. zobowiążą się do solidarności, Izba ich poprze. 2) Uchwalono rozpisać rozprawę honorową przeciw Drowi K. z Z. na 11. I. 1909. 3) W sprawie partactwa leczniczego w Rymanowie uchwalono zrobić doniesienie do prokuratoryi w Sanoku. 4) Sprawę kasy chorych w G. uznano za załatwioną.

— Fundacyę im. Andrzeja Potockiego w kwocie 200.000 K. na praktyczne wykształcenie ubogich, zwłaszcza osieroconych dziewcząt, utworzył Dr Mikołaj Buzdygan.

— Śmiertelność ludności cywilnej miejscowej obniżyła się w Krakowie w ciągu lat 19 o 7·38°/₀₀ ludności (z 26·29°/₀₀ w r. 1887 na 18·91°/₀₀ w r. 1905).

— W preliminarzu budżetu austr. ministerstwa oświaty na r. 1909 wstawiono w wydatkach zwyczajnych na wydział lekarski lwowski 451.276 K, krakowski 598.288 K. W porównaniu z rokiem poprzednim przeznaczono we Lwowie o 17.731 K. więcej, a na ten wzrost składa się: koszt ambulatoryum laryngo-rynologicznego 6.922 K., zwiększenie dotacyi kliniki chorób dzieci i dodanie jej II. asystenta 1.972 K., przekształcenie demonstratur w zakładzie chemii lek. i w klinice położniczej na asystentury, systemizowanie II. asystenta w zakładzie farmakologii i w ambulatoryum neurologicznem. W Krakowie przypadnie więcej o 25.389 K., wskutek systemizowania nadzwyczajnych katedr embryologii i anatomii, utworzenia demonstratury w ambulatoryum dentystycznem, asystentur w zakładzie histologii, chemii lekarskiej, reaktywowania asystentur przy katedrze fizyologii i anatomii patol., zwiększenia dotacyi dla zakładu chemii lek. (800 K.), kliniki pedyatrycznej (400 K.), zakładu weterynaryi (400 K.), uregulowanie płac służby klinicznej (12.000 K.). W wydatkach nadzwyczajnych preliminowano dla wszechnicy lwowskiej dalsze raty na nowe budowle (195.520 K.), (z tego jednak znaczna część nie przypada na wydział lekarski), na adaptacye i urządzenia 27.467 K. (z tego dalsze raty dla zakładu anatomii opis. 5.800 K., chemii lek. 3.000 K., dla kliniki laryngologicznej 3.000 K., pierwsze raty dla zakładu anatomii patol., histologii i farmakologii po 1.000 K.); dla wszechnicy krakowskiej preliminowano dalszą ratę na budowę kliniki psychiatrycznej 200.000 K., na adaptacye i urządzenia 62.320 K. (z tego dalsze raty dla zakładu chemii lek. 10.000 K., histologii 1.500 K., kliniki położniczej 2.000 K., na kotły parowe w klinikach 4.000 K., dalsze raty dla zakładu anatomii patol. 1.000 K., patologii 1.500 K., pierwsze raty dla zakładów weterynaryi i higieny oraz kliniki pedyatrycznej po 1.000 K.).

— Pokrzywdzenie obu naszych i czeskiego wydziałów lekarskich a faworyzowanie niemieckiego wydziału lek. w Pradze widać z następującego zestawienia preliminowanych w r. 1909 wydatków zwyczajnych na uniwersytety cislitawskie: Wiedeń 1,799 528, Praga niem. 719.706, Praga czesk. 677.816, Graz 454.527, Insbruk 407.349, Lwów 451.276, Kraków 598.288 koron, chociaż liczbą słuchaczów przewyższają wydziały lekarskie polskie i czeski znacznie praski wydział niemiecki.

— W preliminarzu budżetu austr. ministerstwa spraw wewnętrznych na r. 1909 wstawiono na zwalczanie epidemii 1,000.000 koron, t. j. tyle, ile w roku poprzednim. Z tego wnosićby można, że rząd nie spodziewa się większych wydatków dla siebie, gdyby weszła w życie ustawa o zwalczaniu chorób zakaźnych, czyli, że ciężary, jakie ta ustawa za sobą pociągnie, spadłyby na fundusze krajów (a w pierwszym rzędzie naszego, najciężej chorobami zakaźnemi nawiedzanego kraju). W dziale »rozmaitych wydatków sanitarnych« zwiększono preliminarz o 180.000 kor., które mają być głównie użyte na zasiłki rządowe na cele asanizacyjne, zwłaszcza zaopatrzenie w wodę. (Z tego powinnaby część znaczna przypaść Galicyi, gdzie sprawa zaopatrzenia w wodę wymaga wydatnej pomocy z funduszów publicznych).

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej uchwalił na posiedzeniu w d. 12. XII. 1908 poprzeć w zasadzie kroki lwowskich psychiatrów sądowych w sprawie obniżenia wynagrodzenia za badania sądowo-psychiatryczne, odkładając wydanie szczegółowego orzeczenia do następnego posiedzenia; następnie przyjęto treść pisma do Dra F. w B. w sprawie śledztwa dyscyplinarnego, wytoczonego mu przez Wydział krajowy wraz z orzeczeniem z 6. XI. b. r., uwalniającem go od wszelkiej winy, a zarazem uchwalono przedstawić Wydziałowi krajowemu, żeby w sprawach postępowania etycznego lekarzy wogóle zechciał się zwracać zawsze do Izby. — Na posiedzeniu pełnej Izby w tymsamym dniu, po sprawozdaniu z czynności Wydziału i Rady honorowej, uznaniu wyboru Dra Münzera za ważny i ukonstytuowaniu się Izby (ob. »Przegląd lek.« 1908, Nr 51.), uchwalono wniosek Dra Papéego i Dra Mikołajskiego, aby Izba zbadała przyczyny braku kandydatów na stanowiska publiczne (lekarzy szpitalnych, okręgowych, rządowych). W dyskusyi podnoszono, że przyczyną braku lekarzy w zakładzie w Kulparkowie są zbyt nizkie płace i ciężkie warunki pracy. Następnie na zapytanie Dra Pelczara wyjaśnił prezydent, że krajowy Związek lekarzy działa w porozumieniu z Izbą tak, że niema powodu tamować rozwoju tej organizacyi, a na zapytanie Dra Zasackiego, że nowy regulamin Izby został już przedłożony ministerstwu.

— Na posiedzeniu miejskiej komisyi sanitarnej w d. 19. XII. 1908 przedłożył fizyk m., Dr Legeżyński, sprawozdanie o stanie epidemii płonicy w mieście. W leczeniu jest obecnie 203 chorych na płonicę. Na wniosek fizyka uchwalono między feryami świątecznemi polskiemi, a ruskiemi pozostawić szkoły zamknięte, co pozwoli je dokładnie oczyścić (takiż wniosek przedstawiła kraj. Rada szkolna już 18. XII. Namiestnictwu), dalej zarządzić dokładne oczyszczenie wszystkich burs i uzyskać od miasta dalsze zasiłki dla ubogich rodzin, dotkniętych płonicą. Następnie uchwalono podjąć starania o zmianę statutu Towarzystwa ratunkowego w tym kierunku, aby majątek jego w razie rozwiązania przeszedł na gminę i o zwiększenie miejskiej subwencyi dla Pogotowia, które koniecznie nadal istnieć powinno. Wreszcie uchwalono oświadczyć się za jaknajszybszem utworzeniem we Lwowie państwowego zakładu badania środków spożywczych, pod którego budowę powinna ofiarować grunt gmina z warunkiem rozpoczęcia budowy w ciągu lat 3; niezależnie od tego jednak powinna być miejska pracownia chemiczna tak rozszerzona i zreorganizowana, by jej orzeczenia o środkach żywności miały wagę dowodu sądowego.

— Magistrat ogłosił przepisy sanitarne o przewozie mięsa.

— Znacznego rozgłosu nabrało w dziennikach dochodzenie, wytoczone we Lwowie przez Izbę lekarską Drowi Eugeniuszowi Polończykowi, który leczył chorych przez siebie przyrządzonymi lekami, polegając na »rozpoznaniu«, uczynionem na odległość przez jakąś »jasnowidzącą«.

— Wydział krajowy ogłasza konkurs na dwie posady lekarzy w zakładzie obłąkanych w Kulparkowie, a to na posadę kierownika pracowni lekarskich anatomicznej, mikroskopowej, bakteryologicznej i chemicznej z poborami sekundaryusza, mianowicie płacą 2100 K. rocznie, dodatkiem funkcyjnym 1000 K. rocznie i trzema dodatkami pięcioletnimi po 400 K. rocznie, tudzież na posadę lekarza asystenta z płacą 1500 K. rocznie, dodatkiem funkcyjnym 1000 K. rocznie i trzema dodatkami pięcioletnimi po 200 K. rocznie. Z obu posadami połączone jest mieszkanie.

Warszawa. Pierwszą »przychodnią« (dyspensatoryum) dla chorych na gruźlicę, utworzoną przez Towarzystwo przeciwgruźlicze przy szpitalu św. Ducha, kierować będzie Dr B. Dębiński Na pomieszczenie dalszych »przychodni«, otwieranych przez Towarzystwo w miarę środków, ofiaruje lokale magistrat.

— Na posiedzeniu komitetu »Instytutu higieny dziecięcej im. bar. Lenvala« w d. 20. XII. 1908 stwierdzono, że nader pożyteczna ta instytucya, jednająca sobie coraz większe zaufanie ludności (o czem świadczy n. p. powodzenie biura porad dla matek), zaczyna walczyć z niedoborem. Wprawdzie bowiem utrzymana jest zasada, że porady i zabiegi są płatne, ale opłaty są nader nizkie i nie mogą pokryć coraz znaczniejszych wydatków. Na razie niedobór pokrywany być ma z resztki funduszu, zaoszczędzonego na budowie Instytutu.

— W końcu lutego 1909 urządzona będzie przez warszawskie Towarzystwo higieniczne wystawa antyalkoholiczna. (Zdrowie 12).

— Warszawskie Towarzystwo higieniczne otrzymało zapis ś. p. Ludwika Górskiego na kąpiele ludowe w kwocie 1500 rb., które będą użyte prawdopodobnie na urządzenie natrysków w szkołach prowincyonalnych i łaźni przy wzorowej chacie włościańskiej, mającej stanąć w Częstochowie na wystawie przemy-

słowo-rolniczej w lecie 1909. Wystawa ta obejmie także dział higieniczny. (Zdrowie 12).

Z różnych stron. Wobec obaw wojny ciekawe są szczegóły, podawane przez pisma wiedeńskie o austr. Towarzystwie Czerwonego Krzyża. Towarzystwo to na wypadek wojny może wysłać 33 kolumn sanitarnych, 2 magazyny polowe i kilka zakładów lekarskich, a posiada oprócz zapasu materyałów sanitarnych (opatrunków, narzędzi i t. p.) wartości $1^1/_2$ miliona koron, park sanitarny, złożony z 650 wozów. Poza terenem walki może Towarzystwo zapewnić w kraju opiekę szpitalną bezpłatną 33.300 rannym. Oprócz tego może Towarzystwo dostarczyć każdemu żołnierzowi podręcznego opatrunku, mając w zapasie 800.000 pakiecików opatrunkowych. Obecnie nabyło Towarzystwo przewoźne przyrządy rentgenowskie. Na wypadek wybuchu epidemii przygotowało Towarzystwo w stolicach wszystkich krajów odpowiednie magazyny i baraki szpitalne; w r. b. zamówiło Towarzystwo dalsze 22 baraki z urządzeniami szpitalnemi, 4 przewoźne przyrządy dezynfekcyjne parowe i t. p. Towarzystwo rozporządza obecnie 749 osobami do pielęgnowania rannych i chorych.

Mianowania. Dr E. Ciastoń starszym lekarzem sztabowym marynarki austr.; chemik Dr Jan Merunowicz, asystentem Zakładu badania środków spożywczych w Krakowie; Dr J. Matusiewiczówna asystentką instytutu oftalmicznego, Dr Silberlastówna asystentką w szpitalu izr., Dr H. Goldschmidt asystentem-internem szpitala izr. dla dzieci, Dr T. Gryglewicz bakteryologiem zakładu szczepienia ospy przy szpitalu Dz. Jezus w Warszawie.

Zmarli. Dr Izydor Frenkiel, w 49 r. życia w Meranie; Dr Kazimierz Syliwanowicz w 37 r. z. w Wilnie.

Artykuły oryginalne w polskich pismach lekarskich w grudniu 1908:

Gazeta lekarska Nr 48: Ostrowski: Myoma recti. Eisenberg: O wytrzymałości cieplnej form wzrostowych u tlenowców zarodnikowych. Gajkiewicz (dok.). — Nr 49. Mięsowicz i Maciąg: Spostrzeżenia nad zachowaniem się substancyi mydryatycznych w surowicy krwi ludzkiej. Ostrowski: (c. d.). — Nr 50: Sokołowski: Przyczynek do etyologii i terapii spraw chorobnych gardzieli, spostrzeganych w przebiegu neurastenii. Ostrowski (c. d). — Nr 51: Nowiński A.: O pneumokokowem zapaleniu otrzewnej u dzieci. Wiśniewski: Hodowanie dwoinek Neissera na pożywkach stałych. Sokołowski (dok.). Ostrowski (dok.).

Medycyna i Kronika lekarska Nr 49: Endelman: Jak i kiedy leczyć należy zez? Palmirski i Karłowski: Wyniki szczepień ochronnych według metody Pasteura w r. 1907. — Nr 50: Landau A. i T. Wilczyński: Studya nad doświadczalnem zapaleniem nerek i nad powstawaniem obrzęków pochodzenia nerkowego. Endelman (c. d.). — Nr 51: Endelman (dok.). Landau i Wilczyński (dok.). — Nr 52: Wertheim: Przypadek uszkodzenia nerwu podjęzykowego.

Tygodnik lekarski Nr 49: Machek: O uszkodzeniach narządu wzrokowego wobec ustawy o ubezpieczeniu robotników od wypadków. Klarfeld: O histeryi w pojęciu Babińskiego.— Nr 50: Rydygier Ant. jun.: Nowy sposób rozcięcia gardła w celu dotarcia do guzów w niem powstałych. Machek (dok.). — Nr 51: Hermelin: O działaniu preparatów sporyszu, stosowanych w Zakładzie. Kowenicki: O stosowaniu tuberkuliny w celach leczniczych. Rydygier A. (dok.). — Nr 52: Kowalski: O białkomoczu wywołanym podnietami termicznemi. Ziembicki W.: Śpiączka cukrzycza. Kowenicki (dok.).

Nowiny lekarskie Nr 12: Gantkowski: Miejskie stacye opiekuńcze dla alkoholików, oraz pogląd na działalność Poznańskiej stacyi w pierwszym roku jej istnienia. Rosenhauch: Zapalenie spojówki w świetle nowszych badań bakteryologicznych (dok.). Bugiel: Nasz najznakomitszy lekarz odrodzenia, Józef Struś (dok.).

Postęp okulistyczny Nr 11: Noiszewski (c. d.). Rosenhauch. O zmętnieniu Berlina z zachowaniem pełnej bystrości wzrokowej. Kleczkowski: Dwa przypadki nieprawidłowości rozwojowych górnych dróg łzowych.

Przegląd pedyatryczny Tom I. Zeszyt 1. i 2.: Lewkowicz: O prosówce płoniczej. Kopeć: Badania nad lipemią trawienną u osesków. Korybut-Daszkiewicz: Zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci. Brudziński: O zakażeniu mieszanem odrą i płonicą u dzieci. Jasiński: O plamach t. zw. mongolskich. S. Kramsztyk: Przyczynek do rozpoznawania i patogenezy choroby Barlowa. Schoenaich: O popłoniczem zapaleniu gruczołów chłonnych. Raczyński: O zachowaniu się chlorków w płonicy i jej powikłaniach.

Kronika dentystyczna Nr 12: Wilga: Błędy zawodowe dentysty z punktu widzenia medycyny sądowej.

Zdrowie. Zesz. 10. i 11. Prace Zjazdu lekarzy i hygienistów w Lublinie od 25. do 28. IX. 1908. Polak: O działalności Warsz. Tow. higienicznego w ciągu 10 lat jego istnienia i o programie przyszłej jego działalności. Higiena miast i osad, wykłady Dr Certowicza, Klarnera, Michałowskiego, J. Jaworskiego, Wejssla, Koskowskiego. Popularyzacya higieny, wykład Dra Macieszy. Stan sanitarny wsi, wykłady Dra Tołwińskiego, Czerwińskiego, Malewskiego, Puławskiego. Walka z chorobami zakaźnemi, wykład Dra Puławskiego. Ochrona zdrowia dzieci i młodzieży, wykłady Dra Bączkiewicza, Herynga, Roszkowskiego, Kozłowskiego, Rosego. — Zesz. 12. J. Jaworski: Walka z gruźlicą ze stanowiska higieny społecznej. Gałecki: Sanatoryum dla chorych piersiowych w Rudce. S. Sterling: Dziesięciolecie oddziału dla chorych piersiowych przy szpitalu Poznańskich w Łodzi. Hewelke: W sprawie usposobienia do gruźlicy. B. Dębiński: Opieka nad chorymi gruźliczymi.

Przegląd higieniczny Nr 12 Mołczański: Oczyszczalnia biologiczna wód ściekowych przy politechnice w Kijowie.

Głos lekarzy Nr 23: Ustawa, normująca płace emerytalne lekarzy okręgowych, tudzież wdów i sierot po nich pozostałych. — Sprawozdanie komisyi o sprawozdaniu Dep. V. Wydz. kraj. — Rościszewski: W sprawie taryfy sądowo-lekarskiej. — Opinia wiedeńskiej Izby lek. (c. d.). — Nr 24: Bednarski: Nakładanie podatków na lekarzy. — Ciąg dalszy tekstu ustawy emerytalnej dla lekarzy okr., opinii Izby lek. wiedeńskiej i sprawozdania sejmowej komisyi sanitarnej.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.